



Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče u pacienta s dekubity

Studijní program:

B0913P360030 Všeobecné ošetrovatelství

Autor práce:

Marie Maříková

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Kyrianová

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2024



Zadání bakalářské práce

Ošetrovatelská péče u pacienta s dekubity

<i>Jméno a příjmení:</i>	Marie Maříková
<i>Osobní číslo:</i>	D21000020
<i>Studijní program:</i>	B0913P360030 Všeobecné ošetrovatelství
<i>Zadávací katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2022/2023

Zásady pro vypracování:

Cíle a výstupy práce:

1. Analýza rizikových faktorů vzniku dekubitů.
2. Zvýšit a zkvalitnit prevenci vzniku dekubitů.
3. Zmapovat úlohu sestry v péči o pacienta s dekubity zaměřené na prevenci.
4. Analýza ošetrovatelské péče u pacientů s dekubity v rozdílných zařízeních – ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory.

Teoretická východiska

Na vzniku dekubitů se podílí kombinace působení více sil, tlaku – svislé síly působící na kůži gravitací, tření – síly působící souběžně s kůží, kdy dochází k odírání kůže a střížné síly vznikající kombinací tlaku a tření. Vznik a rozvoj proleženin bývá zpravidla ovlivněn spolupůsobením různých faktorů, mezi které patří vlhkost kůže, omezená mobilita pacienta – nezvládá samostatně měnit polohu. Dalšími faktory jsou věk – snížená schopnost regenerace organismu, dále stav výživy a tělesná teplota. Pro léčbu je zásadní odstranění působení lokálního tlaku a následně i nekrotické tkáně. Během ošetření dekubitů dodržujeme základy asepse, čištění rány a porušenou kůži kryjeme sterilním krytím. V případě infekce rány odebíráme vzorek. Výstupem provedené analýzy bude zhodnocení procesu prevence a péče o dekubity na jednotlivých pracovištích. Na základě zjištěného, budou závěry a doporučení předloženy ve formě posteru vedení daného oddělení.

Výzkumné předpoklady

Předpokládáme, že 80% respondentů postupuje při ošetrování dekubitů dle národního ošetrovatelského postupu. Předpokládáme, že pokud obě pracoviště se řídí národním ošetrovatelským postupem, je prevence dekubitů srovnatelná na obou pracovištích.

Předpokládáme, že úloha sestry je ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory rozdílná, a to z důvodu odlišného složení personálu na jednotlivých odděleních.

Předpokládáme, že ve zdravotním zařízení je vyšší úspěšnost prevence a léčby dekubitů než v pobytovém sociálním zařízení pro seniory.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Nestandardizovaný dotazník, vyhodnocení – Word, Excel

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum student provádí na Oddělení následné péče a v pobytovém sociálním zařízení pro seniory.

Výzkumný vzorek:

Předpokládá se výzkumný vzorek u nelékařského personálu na uvedených pracovištích.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce: tištěná/elektronická

Jazyk práce: čeština

Seznam odborné literatury:

1. ARAUJO, Sabrina Magalhaes, Paulino SOUSA a Inês DUTRA, 2020. Clinical decision support systems for pressure ulcer management: systematic review. *JMIR medical informatics*. **8**(10), e21621.
2. BISKUPOVÁ, Markéta, Lenka ŠÁTEKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2019. Posouzení rizika vzniku dekubitů u seniorů v dlouhodobé péči. *Nursing: Theory, Research, Education/Ošetřovatel'stvo: Teória, Výskum, Vzdelávanie*. **9**(1). ISSN 1338-6263.
3. BRABCOVÁ, Soňa. 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. B.m.: Grada Publishing as. ISBN 80-271-4630-5.
4. DOSBABA, Filip, Křížová DAGMAR a Hartman MARTIN, 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. B.m.: Grada Publishing as. ISBN 80-271-4225-3.
5. GROCHALOVÁ, Marcela. 2015. Výživa nemocných s dekubity. *Sestra*. **2015**(9), 24-26. ISSN 2336-2987.
6. HOKYNKOVÁ, A., ŠÍN. P., KRAUSOVÁ, M. KRAUSOVÁ. 2022. *Dekubity: průvodce chirurgickou léčbou: vybrané rady pro pacienty, lékaře, zdravotnický personál a laické pečovatele*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3731-2.
7. POKORNÁ, Andrea et al. 2018. *Souhrn doporučení a postupů v prevenci a péči o pacienty s tlakovou lézí (dekubitem)*. Plzeň: Euroverlag. ISBN 978-80-7177-944-5.
8. ULRYCH, Jan, V ADÁMKOVÁ, Robert GÜRLICH, Milan KOLÁŘ, H LAHODA BRODSKÁ, Vladimír TŘEŠKA a Lenka VEVERKOVÁ, 2022. Současná diagnostika a léčba chirurgických infekcí kůže a měkkých tkání. ISSN 0035-9351.
9. VÁGNEROVÁ, Tereza. 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. B.m.: Charles University in Prague, Karolinum Press. ISBN 80-246-4620-X.
10. VAŠÍČKOVÁ, Lia. 2015. Vnitřní dekubity u spinálních pacientů. *Léčba ran*. **2**(2), 18-21. ISSN 2336-520X.
11. VEVERKOVÁ, Lenka, Petr DOLEŽAL, Michal REŠKA a Petr VLČEK, 2022. Péče o rány, role pokročilých technologií v hojení ran.

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Kyrianová

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

10. července 2023

Předpokládaný termín odevzdání: 30. dubna 2024

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,
MBA
děkan

L.S.

prof. MUDr. Petr Suchomel, Ph.D.
garant studijního programu

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

V prvé řadě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce paní Mgr. Aleně Kyrianové, za její trpělivost, laskavost a rady při psaní mé bakalářské práce. Děkuji organizacím, Oddělení následné péče Turnov Krajské nemocnice Liberec a. s. a poskytovateli pobytových sociálních služeb – Zdravotně sociální služby Turnov, příspěvková organizace, které mi umožnily provést výzkum na jejich odděleních. Dále mé rodině, která mi je oporou v jakýchkoliv okamžicích a nikdy ve mně nepřestala věřit a mému příteli za pevné nervy, statečnost a odhodlání.

ANOTACE

Ošetrovatelská péče u pacienta s dekubity

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku vzniku dekubitu a ošetrovatelský proces. Dekubity představují závažný problém v ošetrovatelské péči, jelikož komplikují a prodlužují léčbu pacientů a vedou ke značným nárůstům nákladů na péči. I přes rozsáhlá preventivní opatření se dekubity bohužel stále vyskytují, a proto je jejich řešení a prevence důležitým tématem pro všechny profese v oblasti zdravotnictví. Výzkumná část se zabývá kvantitativním šetřením. Cílem je zmapovat znalosti nelékařského zdravotního personálu o rizikových faktorech vzniku dekubitu, analyzovat ošetrovatelskou péči a prevenci vzniku dekubitu na vybraných pracovištích. Očekává se, že tato práce přinese cenné poznatky o problematice dekubitů. Může sloužit jako podklad pro další výzkum a pro zkvalitňování ošetrovatelské péče o dekubity.

Klíčová slova

Dekubit, prevence dekubitů, rizikové faktory dekubitů, výživa, klasifikace dekubitů, hodnocení dekubitů, posouzení stavu kůže, polohování, antidekubitní pomůcky, nekróza, hojení ran

ANNOTATION

Nursing care for a patient with pressure ulcers

This bachelor's thesis focuses on the issue of the formation of pressure ulcer and the nursing process. Pressure ulcers represent a serious problem in nursing care, as they complicate and prolong the treatment of patients and lead to significant increases in the cost of care. Unfortunately, despite extensive preventive measures, pressure ulcers still occur, which is why their solution and prevention is an important topic for all healthcare professions. The research part deals with quantitative investigation. The aim is to map the knowledge of non-medical medical personnel about the risk factors for the development of pressure ulcers, to analyze nursing care and prevention of the development of pressure ulcers at selected workplaces. It is expected that this work will bring valuable knowledge about the issue of pressure ulcers. It can serve as a basis for further research and for improving the quality of nursing care for pressure ulcers.

Keywords

Pressure ulcer, pressure ulcer prevention, pressure ulcer risk factors, nutrition, pressure ulcers classification, pressure ulcer assessment, skin condition assessment, positioning, anti-decubitus devices, necrosis, wound healing

Obsah

Seznam symbolů a zkratk.....	10
1 Úvod.....	11
2 Teoretická část.....	12
2.1 Prevence a jak předcházet vzniku dekubitů.....	12
2.2 Polohování.....	12
2.2.1 Základní polohování.....	14
2.2.2 Speciální polohování.....	14
2.2.3 Důležité faktory při polohování.....	15
2.3 Hygiena.....	15
2.4 Antidekubitní pomůcky.....	16
2.4.1 Antidekubitní matrace.....	16
2.4.2 Podložky.....	18
2.4.3 Antidekubitní patní chrániče.....	18
2.5 Další prevence.....	19
2.5.1 Bazální stimulace.....	19
2.5.2 Biografická péče.....	21
2.5.3 Výživa.....	22
3 Diagnostika a léčba dekubitů.....	25
3.1 Rizikové faktory vzniku dekubitů.....	26
3.2 Predilekční místa.....	26
3.3 Hodnotící škály dekubitů.....	27
3.3.1 Stupnice Nortonové.....	27
3.3.2 Další hodnotící škály.....	27
4 Léčba dekubitů.....	30
4.1 Vlhké hojení ran – moderní metoda ošetření ran.....	31
4.2 Fáze ošetřování dekubitů.....	32

a)	Fáze zánětu a čištění.....	32
b)	Fáze granulace.....	32
c)	Fáze epitelizace.....	32
5	Praktická část.....	34
5.1	Cíle a výzkumné předpoklady/otázky.....	34
5.1.1	Cíle.....	34
5.1.2	Výzkumné předpoklady.....	34
5.2	Metody.....	35
5.2.1	Charakteristika pracovišť.....	35
5.2.2	Dotazníkové šetření.....	36
5.2.3	Realizace výzkumu.....	37
5.3	Analýza výzkumných dat.....	39
5.4	Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů.....	50
5.4.1	Cíle.....	50
5.4.2	Výzkumné předpoklady.....	53
6	Diskuze.....	56
7	Návrh doporučení pro praxi.....	58
8	Závěr.....	59
	Seznam použité literatury.....	61
	Seznam tabulek/grafů.....	64
	Seznam příloh.....	67
	Příloha A: Nestandardizovaný dotazník.....	68
	Příloha B: Protokoly k realizaci výzkumu z jednotlivých pracovišť.....	72
	Příloha C: Poster.....	74

Seznam symbolů a zkratek

Symbole a zkratky jsou řazeny dle abecedy.

Aj.	a jiné
BP	Bakalářská práce
CNS	Centrální nervový systém
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EWMA	European Wound Management Association
Hod.	hodina/hodin
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis
Např.	například
NCO	Národní centrum ošetřovatelství
Popř.	popřípadě
Tzn.	to znamená
ZSST	Zdravotně sociální služby Turnov
ZZS	Zdravotní záchranná služba

1 Úvod

Tato bakalářská práce (dále jen BP) se zabývá problematikou dekubitů ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory. Dekubity, též proleženiny, představují závažný zdravotní problém, který postihuje osoby s omezenou pohyblivostí. Vznikají v důsledku tlaku a tření na kůži a podkožní tkáň, což vede k porušení prokrvení a následnému odumírání tkáň. Dekubity se nejčastěji vyskytují na místech s kostnatými výčnělky, jako jsou kosti křížové, paty, sedací hrboly a další. BP se zaměřuje na komplexní analýzu dekubitů. Cílem práce je analyzovat rizikové faktory dekubitů a analyzovat dostupné metody prevence a léčby dekubitů a zhodnotit jejich efektivitu. Zmapovat úlohu sestry v péči o pacienta s dekubity zaměřené na prevenci a analyzovat ošetrovatelskou péči u pacientů s dekubity v rozdílných zařízeních, ve kterých probíhal výzkum. Práce je rozdělena do několika kapitol, a to do teoretické části, která se zaměřuje na současný stav dekubitů, definici dekubitů, klasifikaci, komplikace a klinický obraz. Dále budou popsány metody prevence a léčby dekubitů včetně specifických postupů pro různé pacienty a rizikové skupiny. Praktická část práce bude zahrnovat analýzu dostupných dat o dekubitech, průzkum znalostí ve formě dotazníku na daných pracovištích mezi nelékařským zdravotním personálem. Závěr práce shrne poznatky z teoretické a praktické části a navrhne doporučení pro zlepšení prevence a léčby dekubitů na daných pracovištích ve formě posteru. BP by měla přinést ucelený přehled o problematice dekubitů a přispět ke zlepšení péče o pacienty s tímto typem rány.

2 Teoretická část

2.1 Prevence a jak předcházet vzniku dekubitů

„Mortalita pacientů s dekubitálním vředem je až čtyřikrát vyšší než u stejné skupiny pacientů bez vředu. Je proto důležitá důsledná prevence vyžadující intenzivní (ale šetrnou) péči o kůži, polohování pacienta a využití preventivních krycích materiálů a antidekubitních pomůcek včetně matrací. Až v 95 % případů lze vzniku dekubitů předejít“ (Hartmann - Rico, 2024). Klíčem k prevenci proleženin je včasná identifikace pacientů ohrožených jejich vznikem. Pravidelné a správné polohování pacienta podporuje prokrvení tkání a brání jejich poškození. Můžeme použít polohovací pomůcky a antidekubitní matrace (pasivní i aktivní, zvláště u těžších případů). Při polohování by se nemělo polohovat na zarudlá místa nebo na místa s existujícím dekubitem. Při polohování by si měl zdravotnický personál dávat pozor na manipulaci s pacientem, aby se minimalizovaly střížné síly a tření (Hartmann - Rico, 2024). Velkým nepřítelem je imobilita, u které je polohování bezprostředně potřeba. Proto, pokud je to možné, je potřeba mobilizovat pacienta co nejrychleji (po úrazu), jak to jeho stav dovolí. Aplikace nutričních doplňků bohatých na bílkoviny, vitamíny a minerály podporuje hojení tkání a posiluje imunitní systém pacienta. Správná strava a hydratace jsou nezbytné složky pro udržení optimálního zdraví kůže a celkového zdraví pacienta. „Podstatná je redukce vlhkosti, která zahrnuje správnou hygienu, sledování pokožky ošetřujícím personálem a použití vhodné tělové kosmetiky a inkontinenčních pomůcek. U hygieny pacientů a péče o pokožku je důležité zdůraznit použití šetrných mycích prostředků s použitím šetrných pomůcek. Velký význam v lokální péči má výživa a hydratace kůže. Postupujeme šetrně, predilekční místa nemasírujeme a nepoužíváme prokrvující a zahřívací emulze či krémy. V místě rizika vzniku dekubitu lze preventivně použít krycí materiál (např. Hydrocollsacral, Hydrocollconcave)“ (Hartmann - Rico, 2024).

2.2 Polohování

Polohování spadá do rehabilitačního ošetřovatelství. *„Rehabilitační ošetřovatelství je aplikováno při hospitalizaci i v domácím prostředí, a to jak formálními, tak*

neformálními pečovateli. Správné postupy, spolupráce a vzájemná pomoc vedou ke zlepšování stavu pacienta a toto zlepšení se poté odráží ve zvyšování jeho samostatnosti a snižování zátěže pro ošetrovatelský personál“ (Dosbaba et al., 2021).

„Technika polohování a pravidelné změny polohy pacienta patří mezi nejúčinnější preventivní opatření. Změnami polohy odstraníme významný nepříznivý faktor – dobu působení tlaku a střižných sil na tkáň, neboť při krátkodobém (do 60 minut) působení většinou dekubitus nevznikne. Cílem této prevence je odstranit tlak na predilekční místa, zamezit tření a působení střižných sil tak, aby bylo zachováno krevní zásobení a nedošlo k ischemii měkkých tkání“ (Česko. Ministerstvo zdravotnictví, 2020). Správné polohování pacienta je velmi důležité a zde je uvedeno několik důvodů.

a) Předchází vzniku dekubitů

Pravidelnou změnou polohy pacienta se uvolňuje tlak na kostní oblasti, jako jsou paty, kostrč a ramena. To pomáhá předcházet vzniku dekubitů, což jsou bolestivé rány, které se mohou vytvořit při dlouhodobém tlaku na kůži.

b) Podporuje expanzi plic

Správné umístění může pomoci udržet dýchací cesty otevřené a umožní lepší expanzi plic. Je to zvláště důležité pro pacienty, kteří jsou na ventilátorech nebo kteří mají potíže s dýcháním.

c) Zlepšuje cirkulaci

Dochází ke zlepšování průtoku krve v celém těle. To je důležité pro dodávání kyslíku a živin do tkání a pro odstraňování odpadních látek.

d) Podporuje hojení

Správné umístění může pomoci podpořit hojení zlepšením průtoku krve a snížení zánětu.

V ošetrovatelství se rozlišuje několik druhů polohování.

2.2.1 Základní polohování

Základní polohování se týká ukládání těla do zdravých a prospěšných poloh s cílem podpořit zotavení, zlepšit komfort a usnadnit péči. Rozlišujeme tři základní polohy.

a) Poloha na zádech (supinační poloha)

Pacient leží na zádech s nataženýma nohama. Ruce má položené podél těla. Tato poloha se používá pro běžná vyšetření či ošetření.

b) Poloha na břiše (pronační poloha)

Pacient leží na břiše pro zlepšení dýchání a odkašlávání. Leží s nataženýma nohama a ruce má položené pod hlavou.

c) Poloha na boku (laterální poloha)

Pacient leží na boku s mírně pokrčenýma nohama. Horní končetina na straně, na které pacient leží, je položena podél těla, druhá je položena přes hrudník. Tato poloha se používá pro prevenci pro lepší komfort pacienta a jako každá z uvedených poloh je také prevencí proti vzniku dekubitů.

2.2.2 Speciální polohování

Týká se techniky náročnějších poloh, které se používají u pacientů se specifickými potřebami. Tyto potřeby mohou zahrnovat neurologické poruchy, ortopedické problémy, respirační potíže a kardiovaskulární problémy. Mezi speciální polohy patří např.

a) Trendelenburgova poloha

Pacient leží na zádech s podloženou pánví a spuštěnou hlavou a nejčastěji se používá ke zlepšení prokrvení mozkových tkání.

b) Fowlerova poloha

Pacient leží v polosedě s podloženou hlavou a rameny. Tato poloha se používá pro zlepšení dýchání a komfortu pacienta.

c) Poloha na operačním stole

Tato poloha se liší v závislosti na typu operace jako např. při operaci páteře, kdy je pacient položen na rovnou podložku s fixovanou krční páteří, kdežto při polohování dolních končetin jsou nohy pacienta podloženy a zvednuty nad úroveň srdce (Koutná a Ulrych, 2015).

2.2.3 Důležité faktory při polohování

Je nutné zohlednit stav pacienta a stanovit diagnózu a tyto kroky poté velmi napomůžou k léčebnému postupu. U pacientů, kteří mají riziko proleženin je nutné pravidelně polohovat a používat antidekubitní a polohovací pomůcky. Při polohování dbáme na pohodlí pacienta, tedy je vhodné se pacienta zeptat, zda je poloha vyhovující, popřípadě je nutné polohu změnit. A pro pacienta je důležitá také bezpečnost, tedy taková poloha, která by měla zamezit pádu pacienta (Dosbaba et al., 2021).

2.3 Hygiena

„Při léčení dekubitů je nejdůležitější dbát především na hygienu v oblasti vzniku dekubitu. Postupujeme vždy šetrně a jemně a dojde-li ke znečištění dekubitu např. stolicí, je nutné ránu vyčistit a udělat nový převaz. I když se jedná o úkon, který běžně dělá zdravotní sestra, v tomto případě totiž hrozí sepse, která přímo ohrožuje život klienta. V případě, že jsme byli nuceni udělat převaz dekubitu, uvedeme zápis do dokumentace a při nejbližší možné chvíli hlásíme. Je třeba si uvědomovat, že při léčbě dekubitu patří hygiena mezi nejdůležitější faktory péče (Asociace péče o seniory, 2024).

Je nezbytné kůži pacienta udržovat v čistotě pravidelným mytím s následným osušením, aby byla pokožka dobře chráněná před vlhkostí. Při hygieně je vhodné zaměřit se i na stav ložního i osobního prádla a inkontinenčních pomůcek (pleny), které by se měly měnit při každé ranní hygieně. Ranní hygienou se snažíme docílit omezení

nepříznivého vlivu moči, stolice, potu a infekce přenášené na kůži pánevní oblasti. Při sušení pokožky bychom se měli vyhýbat tření a vysušovat pokožku mírným tlakem (Portál věnovaný problematice proleženin - dekubitů, 2024).

2.4 Antidekubitní pomůcky

„Antidekubitní pomůcky jsou vysoce účinnou prevencí vzniku dekubitů (proleženin). Pro dlouhodobě ležící pacienty se značným rizikem vzniku proleženin je nezbytná kvalitní antidekubitní matrace“ (Meyra ČR, 2024)

Antidekubitní pomůcky spadají do preventivních opatření proti vzniku dekubitů. Prevence proleženin je důležitá pro udržení zdraví a komfortu pacientů. Antidekubitní pomůcky jsou v tomto procesu klíčovými pomocníky. Hlavní roli hrají antidekubitní matrace, sedáky a podložky. Tyto pomůcky optimalizují rozložení tlaku, kde rovnoměrně rozkládají tlak v oblastech s nejvyšším zatížením, čímž snižují riziko proleženin. Chrání kůži před třením a mechanickým poškozením, které může vést k proleženinám. Také poskytují pacientovi stabilitu a komfort, čímž snižují riziko vzniku proleženin v důsledku nepohyblivosti/imobility (Meyra ČR, 2024).

Antidekubitní pomůcky se vybírají na míru, kdy je volba pomůcky závislá na individuálním riziku vzniku proleženin u pacienta. Pro pacienty s nízkým rizikem je dostačující standardní pěnová matrace s dobrou prodyšností. Pacientovi se středním rizikem se již doporučuje používat speciální antidekubitní matrace s profilovaným povrchem. Vzduchové nebo gelové matrace s aktivním střídáním tlaku jsou vhodné pro pacienty s vysokým rizikem vzniku dekubitů (Meyra ČR, 2024).

2.4.1 Antidekubitní matrace

„Označení „antidekubitní matrace“ je pro mnohé zákazníky neznámým pojmem, a přitom by snad právě pro ně mohly být velmi užitečné. Nejenom, že jsou komfortní, a mají výtečné ortopedické vlastnosti, ale především představují významnou pomoc dlouhodobě ležícím pacientům“ (Matrace Comfort, 2024). Matrace mají vysokou adaptabilitu, která kopíruje křivky lidského těla a také poskytuje optimální oporu páteři. Také se zároveň snaží minimalizovat protitlak v oblastech s nejvyšším zatížením, kde také vznikají nejčastěji dekubity. Velmi důležitá je i prodyšnost matrace. Při výběru

matrace je nezbytné zohlednit individuální preference a potřeby každého pacienta/klienta. Existují dva hlavní typy antidekubitních matrací.

a) Pasivní (statické) antidekubitní matrace

Jsou vyrobené z pěnového materiálu (polyuretanové, viscoelastické) s profilací a gelové vložky. Jejich funkcí je snížit tlak v ohrožených místech a pomáhat k prokrvení tkání. Používají se u pacientů s nízkým až středním rizikem vzniku dekubitů. **Výhody pasivních matrací** jsou takové, že rozkládají působící tlak, odvádí vlhkost, jsou nezávislé na elektrině, takže jsou tiché a pohodlné. **Nevýhody pasivních matrací** jsou, jak jsem již zmiňovala, jsou méně efektivní u pacientů s vysokým rizikem dekubitů a pro delší dobu mohou být nepohodlné. **Gelové matrace** se od běžných matrací liší inovativním využitím gelové pěny a ta se vyznačuje hned několika přednostmi. Gelová pěna se perfektně přizpůsobí křivkám těla a zajistí tak optimální oporu páteři a celého organismu a i přes svoji měkkost a elasticitu je gelová pěna odolná a pevná. „*Gelové částice tělo nejen příjemně ochlazují, ale současně i „nadlehčují“.* Přispívají tak k celkovému uvolnění svalů a kloubů“ (Sleep Centrum, 2024). Zajišťuje ideální podmínky pro nemocného, jelikož gelová pěna reguluje teplotu a odvádí vlhkost, čímž při nadměrném pocení se hned nezapařuje pokožka. Dále redukuje tlak a odlehčuje organismus a přispívá i k úlevě od bolesti zad, kloubů a svalů. Matrace zlepšuje hygienickou situaci, jelikož zabraňuje množení mikroorganismů.

b) Aktivní (dynamické) antidekubitní matrace

Se skládají z nafukovacích komor, které se střídavě nafukují a vyfukují. Působí preventivně proti vzniku dekubitů a prokrvují namáhané tkáně. Používají se u pacientů s vysokým rizikem dekubitů (Matrace Comfort, 2024). **Výhod aktivních matrací** je hned několik. Přizpůsobí se snadno tvaru těla, při častém nafukování a vyfukování není nutné manuální polohování a tím i masíruje a prokrvuje tkáně. **Nevýhoda aktivních matrací** je nejčastěji hluk kompresoru (Matrace Comfort, 2024). **Matrace s kompresorem** je tvořena jedinečně tvarovanými vzduchovými komorami, které se střídavě naplňují a vyprazdňují. Tímto procesem dochází k masáži tkáně a podpoře krevního oběhu, což přispívá ke zlepšení zdraví a komfortu. „*Antidekubitní matrace s kompresorem je určena pro dlouhodobě ležící pacienty. Používá se jako prevence vzniku proleženin a pomáhá při jejich léčbě*“ (Pomůcky seniorům, 2024). Matrace je

vhodná pro pacienty se sníženou mobilitou, inkontinencí, atd. Pacientům s chronickou bolestí zad, kde masáž uvolňuje svalové napětí a zmírňuje bolest. Dále zlepšuje prokrvení a lymfatický oběh, podporuje regeneraci a hojení. Matrace střídá tlak a tím zabraňuje trvalému zatěžování specifických bodů a snižuje riziko vzniku proleženin. Díky optimálnímu rozložení váhy a podpoře správného držení těla zajišťuje komfort a pohodlí pacienta. „*Polštářková matrace je vhodná pro pacienty s nižším až středním rizikem vzniku dekubitu. Trubicová matrace je naopak vhodná pro pacienty se středním až vysokým rizikem dekubitu. Matrace jsou vhodné jak pro klasické, tak polohovací postele*“ (Pomůcky seniorům, 2024).

„*Antidekubitní matrace není vhodná pro pacienty s nestabilními zlomeninami krční páteře, s nezpevněnými zlomeninami krční páteře, a s vahou, která je vyšší, než je maximální dovolená váha pacienta pro daný typ matrace. O vhodnosti této matrace je vždy dobré se poradit s ošetřujícím lékařem*“ (Pomůcky seniorům, 2024).

2.4.2 Podložky

Antidekubitní podložky se používají k tlumení tlaku na specifické oblasti kůže. Existuje mnoho různých typů antidekubitních podložek včetně **pěnových podložek**, které jsou nejběžnějším typem. Jsou vyrobeny z pěny, která pomáhá snižovat tlak na kůži. Pěnové podložky jsou dostupné v různých tloušťkách a hustotách. **Vzduchové podložky** jsou dalším typem. Jejich vnitřek je naplněný vzduchem, který pomáhá snižovat tlak na kůži. **Gelové podložky** jsou vyrobeny z gelu, který pomáhá snižovat tlak na kůži a zároveň udržuje pokožku chladnou a suchou. **Ovčí kožešinové podložky** jsou vyrobeny z ovčí kůže, které pomáhá snižovat tlak na kůži a zároveň udržuje pokožku v teple a suchu.

2.4.3 Antidekubitní patní chrániče

Jedná se o boty nebo vložky, které se nosí na patách, aby je chránily před tlakem a třením. Hlavních funkcí patních chráničů je hned několik. Odlehčí paty, kdy rozloží tlak do okolní tkáně a zároveň chrání patu před střížnými silami. Zlepšují i cirkulaci díky snížení tlaku na měkké tkáně a některé chrániče obsahují gelové vložky, které pomáhají udržovat pokožku hydratovanou.

2.5 Další prevence

„Sledování rizikových faktorů vzniku chronické rány je součástí ošetrovatelského hodnocení pacienta v řadě zdravotnických zařízení. Jeho cílem je např. včasné odhalení pacientů s rizikem vzniku dekubitu, poruchou výživy, rizikem pádu apod. Identifikaci rizikových pacientů může zabránit vzniku komplikací hojení pooperačních ran a jejich přechodu v chronické rány, popř. je odhalit již v časných stádiích a malém rozsahu“ (Brabcová, 2021)

2.5.1 Bazální stimulace

„Koncept péče, který podporuje v nezákladnější rovině lidské vnímání a komunikaci. Je určen všem, jejichž vnímání, pohyb či komunikace jsou nějakým způsobem omezeny a u seniorů s nezvratnými změnami tělesného a duševního stavu výrazně zlepšuje kvalitu života“ (Domov pro seniory Tovačov, 2024a). Cílů bazální stimulace je hned několik. Podporuje vnímání, komunikaci, pohybové schopnosti a zvyšuje kvalitu života. Bazální stimulace zahrnuje širokou škálu metod, které se zaměřují na stimulaci smyslů a vnímání. Bazální stimulace nebere lidi jako stroje, ale naopak se dívá na člověka jako celek, kde všechno spolu souvisí. A protože jsme každý jiný s jiným životem, tak se i péče přizpůsobuje na míru. Je totiž zajímavé, že mozek si pamatuje, co jsme dřív rádi dělávali, a i když už třeba něco nejde úplně tak, jak dřív, tak vhodnou stimulací můžeme znovu rozhýbat jiné části mozku a zlepšit tak celkový stav.

Do bazální stimulace patří:

a) Doteky

Používají se jemné doteky a hlazení, které dokáží navodit pocit klidu a bezpečí, a tím snižovat úzkost a stres. Doteky mohou být formou neverbální komunikace a pomáhají navazovat kontakt s pacientem/klientem. Pomocí stimulace podporujeme vnímání. Stimulujeme hmatové receptory v kůži, které pomáhají klientovi vnímat své tělo a okolní svět a stimulací svalů a kloubů dotekem můžeme zlepšit mobilitu a koordinaci (Domov pro seniory Tovačov, 2024a).

b) Vnímání polohy

Vnímání polohy, neboli propriocepce, je důležitý smysl, který nám umožní vnímat polohu a pohyb našeho těla v prostoru. Vnímání polohy je nezbytné pro koordinaci pohybů a celkovou mobilitu. Stimulace vestibulárního systému pomáhá udržovat rovnováhu a předcházet pádům. Do technik spadá např. polohování, které je nezbytné pro prevenci dekubitů, ale je i zásadní pro stimulaci vnímání polohy. Jemné a pomalé změny polohy klienta/pacienta stimulují vestibulární systém a propriocepci (Domov pro seniory Tovačov, 2024a).

c) Vestibulární stimulace

Je zaměřena na vestibulární systém, který se nachází ve vnitřním uchu a je zodpovědný za vnímání rovnováhy a pohybu. Díky stimulaci tohoto systému se můžou aktivovat svaly a zlepšit svalový tonus. Klientovi pomáhá vnímat polohu svého těla v prostoru a jemné houpavé pohyby mohou klientovi navodit pocit klidu a bezpečí (houpačka, houpačí křeslo) (Domov pro seniory Tovačov, 2024a).

d) Sluchová stimulace

Využíváme zvuky a hudbu k podpoře vnímání, kdy pacient reaguje na okolní svět a reaguje na okolní akustické podněty. Jemná hudba navodí klientovi pocit klidu a bezpečí a hudba stimuluje mozkovou aktivitu a může zlepšit kognitivní funkce tak i podpořit rozvoj verbální a neverbální komunikace (Domov pro seniory Tovačov, 2024a).

e) Vizuální stimulace

Stimulací zraku pomáháme klientovi vnímat okolní svět a rozlišovat okolní objekty. Uklidňující obrázky a tlumené světlo mohou klientovi navodit pocit klidu a bezpečí a klient se může soustředit na určitý objekt a aktivitu (Domov pro seniory Tovačov, 2024a).

f) Chut'ová stimulace a čichová stimulace

Tyto důležité aspekty bazální stimulace se navzájem doplňují a posilují se. Při chuťové stimulaci stimulujeme chuťové pohárky a tím klient může vnímat různé typy chutě. Zvyšuje chuť k jídlu a zlepšuje nutriční stav klienta/pacienta. Snižuje úzkost a stres a navozuje pacientovi pocit klidu a bezpečí. Čichová stimulace pomáhá klientovi

vnímat různé pachy při kterých se evokují vzpomínky a emoce. Ovlivňuje to hluboce pacientovu náladu a chování. V bazální stimulaci se tyto stimulace často kombinují např. používání aromaterapie s esenciálními oleji, nabídka potravin s výraznou chutí a vůní (Domov pro seniory Tovačov, 2024a).

2.5.2 Biografická péče

„Biografický péčový model využívá jedinečnou fotografii jedince a provázání s jeho osobními vzpomínkami a zkušenostmi. Tento model slouží jako základní kámen pro další péči a pomáhá nám získat cenné poznatky pro práci s konkrétní osobou na základě informací z její biografie“ (Domov pro seniory Tovačov, 2024b). *„Biografická kniha je kniha obsahující životní příběh seniora, soubor informací, v nichž je obsažen pozitivní potenciál klienta, jeho zachovalé schopnosti a dovednosti, jež je nutné podporovat a také využívat pro zvládání denních činností“* (Domov pro seniory Tovačov, 2024b). Pokud se dostáváme k péči o seniora a zajímáme se o jeho život, o jeho minulost a koníčky, péče o něj je poté mnohem kvalitnější. Díky tomu se můžeme vyhnout hovorům o nepříjemných věcech, a naopak najdeme témata, která klienta baví. Mluvíme o věcech, které jsou pro klienta důležité, cítí se díky tomu lépe a bezpečně a má chuť si s námi povídat. Získáváme vzájemnou důvěru. Je to základ pro to, abychom mu mohli pomáhat a cítit se důstojně. *„Práce s biografií vytváří spojení mezi minulostí a současností, které umožňuje profesionální provázání osob trpících demencí. - PhDr. Eva Procházková“* (Domov pro seniory Tovačov, 2024b). Biografický model péče je moderní a humanistický přístup k péči o seniory a osoby se zdravotním postižením. Je to cesta, jak můžeme pacientům/klientům zajistit důstojný a kvalitní život.

Proč využíváme biografického modelu péče:

1. Individualizace péče

Každý člověk má jedinečný životní příběh, který ovlivňuje jeho potřeby a preference. Biografický model umožňuje zohlednit tuto individualitu a poskytovat péči, která je skutečně na míru danému člověku (Domov pro seniory Tovačov, 2024b).

2. Lepší porozumění klientovi

Seznámení s biografií klienta nám umožňuje lépe porozumět jeho chování, jeho reakcím na různé situace a jeho celkovému přístupu k životu (Domov pro seniory Tovačov, 2024b).

3. Budování důvěry a respektu

Klient, který cítí, že se o jeho život a jeho minulost opravdu zajímáme, nám bude více důvěřovat a respektovat nás (Domov pro seniory Tovačov, 2024b).

4. Zvýšení motivace a aktivity klienta

Biografický model se zaměřuje na to, co je pro klienta důležité a smysluplné. To může vést k jeho větší motivaci a aktivitě (Domov pro seniory Tovačov, 2024b).

5. Zlepšení kvality života klienta

Pečovatelský přístup, který je založen na individuálních potřebách a preferencích klienta, může přispět k celkovému zlepšení jeho kvality života (Domov pro seniory Tovačov, 2024b).

2.5.3 Výživa

„Výživa je často přehlíženou, avšak nedílnou součástí péče o pacienta. Hraje roli nejen v průběhu hojení dekubitů, ale také v jejich prevenci. Stravovací návyky a životospráva ovlivňují konstituci nemocného a oba extrémy (obezita, kachexie) mají negativní vliv na vývoj proleženiny. Podvýživa je jeden ze zásadních systematických rizikových faktorů pro vznik dekubitů a posouzení nutričního stavu pacienta by mělo být nedílnou součástí léčebného procesu“ (Koller, 2015). „Podvýživa neboli malnutrice je stav, kdy má tělo nedostatek potřebných živin. Může se jednat o nedostatek základních živin (sacharidy, tuky, bílkoviny) nebo některých dalších složek potravy (například vitamínů, stopových prvků apod.) Podvýživa související s onemocněním může způsobit oslabení imunitního systému, zvýšení rizika infekce, zhoršené hojení ran či delší dobu hospitalizace“ (Danone, 2024a).

a) Specifika výživy u starších osob

„Strava pro seniory musí být energeticky dostatečná, s vyváženým obsahem sacharidů, bílkovin a tuků a s dostatkem minerálů včetně stopových prvků a tekutin. Stejně tak výživa musí obsahovat dostatek vlákniny, cholesterol pouze do 300 mg denně, ovoce a zeleninu v syrovém stavu nebo podobě šťáv. Strava seniorů musí obsahovat také luštěniny, avšak v malých porcích vzhledem k nadýmavým účinkům. Vhodné je dušení v páře či na pánvi s minimem tuku, soli a ostrého koření, které dokážou nahradit bylinky“ (Dům pro seniory Wágnerka, 2024). Senioři potřebují jíst menší porce, ale i přes to musí obsahovat velké množství živin. Vhodné jsou např. ryby, maso s minimálním množstvím tuku, mléčné výrobky, ovoce, zelenina a celozrnné pečivo. Naopak je vhodné omezit živočišné tuky, přesolené a přeslazené pochutiny, jako jsou např. chipsy nebo tyčinky. Aby tělo vše bez problému zpracovalo, je důležité jíst pravidelně, ideálně čtyři až pět menších porcí denně. Dodržování pitného režimu je také velice klíčové.

b) Hydratace seniorů

„Jak člověk stárne, množství vody v organismu přirozeně klesá. Často však klesá pocit žízně a senioři musejí doplňovat tekutiny, i když žízeň necítí. V nedostatečně zavodněném organismu trpí zejména ledviny, krevní oběh a mozek, ale ušetřen není vlastně žádný tělesný orgán. Dochází k horšímu hojení ran a regeneraci, zhoršují se projevy přítomných onemocnění“ (Dům pro seniory Wágnerka, 2024). Dodržování pitného režimu je velmi klíčové. Senioři by měli vypít alespoň 1,5-2 litry tekutin denně. „Nejvhodnější je neperlivá voda, která je nejsnáze stravitelná a nejméně zatěžuje metabolismus. Vhodné jsou také ovocné a zeleninové šťávy pro svůj obsah vitamínů, minerálů a přívod energie v podobě přírodních cukrů. Bohatým zdrojem tekutin je ovoce, především dužnaté, stejně tak dužnatá zelenina. Neopominutelným zdrojem tekutin jsou polévky (nepřesolené), mléko, bylinné čaje. Pro dodání jak tekutin, tak výživových látek především u osob, které potřebují zlepšit nebo podpořit stav výživy, jsou velmi vhodné tekuté nutriční doplňky – koktejly typu Nutridrink“ (Dům pro seniory Wágnerka, 2024).

c) Sipping

„Sipping je určený pro řízenou dietní výživu při podvýživě související s nemocí. Je určený pacientům s funkčním gastrointestinálním traktem, u nichž se nedaří úpravou stravy udržet perorální příjem a tělesnou hmotnost. Obvykle se jedná o kompletní a vyváženou tekutou výživu, vyvinutou pro pacienty se zvýšenou potřebou energie a živin. Do kategorie sippingu však patří i speciální přípravky určené např. pacientům s dekubity, onkologickým pacientům, pacientům s diabetem apod.“ (Danone, 2024b). Aby nemocní dostali potřebné živiny navíc, aniž by museli více jíst, je vhodné popíjet speciální drinky po troškách. Nejvhodnější je to mezi jídly nebo po jídle. Drinky by se měly pít pomalu během jedné až dvou hodin, aby nedráždily žaludek. „Nutridrink is a supplement designed for individuals aged 3 and above who encounter difficulties consuming solid foods and obtaining adequate nutrients and energy, particularly during periods of illness or recovery” (Danone, 2024b).

3 Diagnostika a léčba dekubitů

Dekubity, jiným slovem proleženiny, jsou rány, kde dochází k lokálnímu poškození kůže v místě, kde je kost, či kloub obalen menší vrstvou tkáně. Místa, kde dekubity vznikají, jsou úzce spjata s polohou nemocného. V každé poloze je ohrožena jiná část těla. Nejčastějšími místy, kde se dekubity vyskytují, jsou v oblasti křížové kosti. *„V celosvětovém měřítku se zátěž chronickými onemocněními zvyšuje, přičemž existují značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, věkovými skupinami a socioekonomickým postavením“* (Veverková et al., 2022). *„Tyto infekce zahrnují celou řadu patologických stavů, od jednoduchých povrchových infekcí, které jsou velmi časté a mají příznivou prognózu, až po hluboké a velmi závažné nekrotizující infekce, které jsou sice vzácnější, zato však způsobují trvalé funkční postižení a jsou potencionálně život ohrožujícím stavem“* (Ulrych et al., 2022). Je zde mnoho možností, jak se dekubitům vyhnout. Každý zdravotník usiluje o to, aby dekubit vůbec nevznikl. Bohužel tomu vždy nejde zabránit. Prevence jako taková se skládá z mnoha částí. Prevencí, velice významnou, je polohování pacienta. Efektivní a účinné polohování je střídání polohy každé dvě hodiny. Pokud se polohování zanedbává, dochází k většímu riziku vzniku dekubitů. Kůže nemocného se zapaří a dochází k poruše integrity. Je nutné omezit působení tlakové síly na postižené místo. Tlak za pomoci gravitační síly tiskne tělo k matraci a kůže nemá šanci dýchat a okysličovat se. Nebezpečné je i tření, kterého se dopouští zdravotnický personál při hygieně, polohování, nebo i sám pacient při svévolném pohybu. Dochází k odírání kůže. První projev vzniku komplikací je zarudnutí pokožky. Pokud tento jev zaznamenáme, je dobré pacienta polohovat do jiné polohy. Ve zdravotnictví se nejčastěji střídají tři základní polohy: poloha na břiše, na boku a na zádech. Každá poloha má svá specifika. Do polohování se můžou zapojit i pomocné antidekubitní pomůcky např. antidekubitní matrace, molitanové podložky, polštáře, antidekubitor, chrániče na paty a lokty, aj. Jsou velice prospěšné a výrazně snižují riziko vzniku dekubitů. Snižují tlak a tření, tím se také snižuje riziko porušení integrity kůže (Meyra ČR, 2024).

3.1 Rizikové faktory vzniku dekubitů

„V případě, že se pacient nemůže delší dobu pohybovat, při imobilizujících zdravotních stavech, ochrnutí či celkové anestezii, může tlak působící na povrch těla překonat hodnotu kapilárního tlaku uvnitř tkáně s následným přerušением oběhu – vzniká hypoxické poškození tkáně až nekróza. Kritické je trvání ischemie a citlivost tkáně na hypoxii“ (ave, 2016). „Rizikové faktory vzniku dekubitů by měly být posouzeny už při prvním kontaktu s pacientem. To je předpokladem pro včasnou prevenci a případné zahájení terapeutických opatření, která by měla být indikována na základě individuálních potřeb pacienta“ (ave, 2016). Dekubity vznikají v důsledku nedostatečného prokrvení tkáně, a to nejčastěji u imobilních pacientů, inkontinentních pacientů, u starších pacientů a u pacientů s poruchou výživy. Imobilita neboli nepohyblivost způsobuje úbytek svalové hmotnosti a znemožňuje pohyb pacientovi. Inkontinencí moči a stolice dochází k podráždění pokožky a tím se naruší jednotlivé vrstvy kůže a zvyšuje se riziko infekce. S tím souvisí i vyšší věk pacienta, jelikož s vyšším věkem se zhoršuje kvalita kůže, např. zvyšuje se propustnost kůže, snižuje se počet krevních cév, a posouvá se práh bolesti. Do vyššího věku spadá více faktorů, které můžou ztěžovat diagnostiku a terapii, jako např. paralelní choroby, snížená imunita nebo nedostatečná či nekvalitní ošetrovatelská péče (Anders et al., 2010).

3.2 Predilekční místa

„Nejčastější místa vzniku proleženin se nazývají tzv. predilekční místa a jedná se o místa s kostními prominencemi (kost je blízko kůže). Výskyt je závislý na poloze pacienta (v leže, v sedě)“ (Hartmann - Rico, 2024). Mezi nejčastější predilekční místa patří **křížová oblast**, přesněji místo nad kostrčí, kde se nachází malá svalová a tuková vrstva a kosti jsou blízko kůže. **Sedací hrboly** jsou kostnaté výčnělky na spodní straně pánve, které jsou vystaveny tlaku při sezení. **Paty, kotníky a zevní hrany chodidel** jsou také místa s tenkou vrstvou kůže a jsou náchylná k tření. **Oblast trochanterů** je na bocích kyčlí, kdy kostnaté výčnělky jsou vystaveny tlaku při ležení na boku. Dalšími místy, kde se dekubity mohou vyskytovat, jsou **lopatky**, které jsou vystaveny tlaku při poloze na zádech, **uši**, oblast s tenkou kůží a chrupavkou, která je náchylná k tlaku při poloze na boku, **týlní kost, hřbet nosu a kolena**, oblasti s tenkou kůží. Ke snížení tlaku a výskytu dekubitů je vhodné zařadit do léčby antidekubitní pomůcky. „Pomoci mohou různé polohovací pomůcky, jako superměkké pěnové matrace (např. Repose), které jsou

vhodnější než tradiční pěnové matrace, protože významně snižují výskyt tlakových vředů. Přesto samy o sobě často nestačí v prevenci proleženin a je třeba zapojit další technické systémy, jako jsou vzduchové matrace, podložky a polštářky, jež mohou usnadnit polohování pacientů a tím podpořit hojení rány“ (ave, 2016).([Obrázek č. 1](#))

3.3 Hodnotící škály dekubitů

Existuje několik hodnotících škál dekubitů, které se používají k posouzení rizika vzniku dekubitů u pacientů. Tyto škály pomáhají ošetrovatelskému personálu označit pacienty, kteří jsou ohroženi a následně se provádí preventivní opatření. Zvažuje se několik faktorů, do kterých spadá věk pacienta, užívané léky, stav pokožky, zdravotní stav pacienta a zda již někdy pacient dekubity měl. Je proto velmi důležité, aby ošetrovatelský personál používal hodnotící škály dekubitů (Koutná a Ulrych, 2015).

3.3.1 Stupnice Nortonové

Stupnice Nortonové je nejčastěji používaný hodnotící nástroj k posouzení rizika vzniku proleženin u pacientů. Vyvinula ji Doreen Nortonová v roce 1962. Škála hodnotí přidružená onemocnění, stav vědomí, schopnost spolupráce, fyzický stav, mobilitu, věk, stav pokožky, aktivitu a inkontinenci. V tomto systému se body udělují v jednotlivých kategoriích od 1 do 4. Minimální počet bodů je 9, což značí velmi vysoké riziko. Maximální počet bodů je 36, kdy je pacient bez rizika. Riziko dekubitů nastává, pokud je součet bodů nižší než 25. (Koutná a Ulrych, 2015). ([Obrázek č. 2](#))

3.3.2 Další hodnotící škály

Bradenova škála pomáhá posoudit riziko vzniku dekubitů u pacientů. Skládá se z šesti položek, které jsou následující. Hodnocení smyslového vnímání, vlhkosti, aktivity, mobility, výživy, tření a stříhu je provedeno na základě stupnice 1-4 bodů, s výjimkou tření a stříhu, které jsou hodnoceny 1-3 body. Celkový maximální počet bodů je 23. Čím nižší je počet bodů, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Hodnocení 19 bodů a více naznačuje nízké riziko vzniku, 15-18 bodů označuje střední riziko vzniku a hodnocení 14 bodů a méně ukazuje na vysoké riziko vzniku dekubitů. Na základě této hodnotící škály je nutné provádět preventivní opatření (Koutná a Ulrych, 2015).

Knollova stupnice je numerická škála, která se používá k posouzení rizika vzniku dekubitů u pacientů. Tento hodnotící systém obsahuje několik kategorií, včetně stavu zdraví, duševního stavu, aktivity, pohyblivosti, inkontinence, příjmu výživy a tekutin, náchylnosti k onemocněním a dalších faktorů. Každá kategorie má své vlastní hodnocení. Každý úsek se hodnotí body 0 až 3. Celkové skóre se potom sčítá, a pokud nemocný dosáhne skóre vyšší než 12 bodů, je ohrožen vznikem dekubitů (Koutná a Ulrych, 2015).[\(Obrázek č. 3\)](#)

Waterlowova škála je hodnotící nástroj používaný ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů. Vyvinula ji Judy Waterlow v roce 1985. Škála je rozdělena do 14 faktorů, které se hodnotí na stupnici 1-4, přičemž 1 je nejnižší riziko a 4 je nejvyšší. Celkové skóre se vypočítá součtem bodů za jednotlivé faktory. Skóre 20 a více naznačuje, že pacient je vystaven vysokému riziku vzniku dekubitů. Faktory, které se hodnotí v této škále, jsou následující. Věk, stav kůže, nutriční stav, inkontinence, mobilita, mentální stav, komorbidity (vyskytuje se více onemocnění najednou), terapie, léky, typ lůžka, polohování, tření a stříh, vlhkost a stav vědomí (Koutná a Ulrych, 2015).

Klasifikace EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) je pracovní skupina, která „*vypracovala doporučené postupy pro prevenci a léčbu dekubitů a dekubit definovala jako oblast lokalizovaného poškození kůže a podkožních tkání, které je způsobeno tlakem, střížnými silami a třením nebo kombinací těchto faktorů*“ (Šeflová a Jančíková, 2010) Klasifikace dělí dekubity do čtyř stupňů. **První stupeň** (je postižena povrchová vrstva kůže) se projevuje bolestivostí predilekčního místa, zarudnutím a podrážděním kůže. V **druhém stupni** je poškození kůže hlubší a mohou se vytvořit puchýře nebo vředy, které se mohou protrhnout. **Třetí stupeň** zasahuje podkožní tkáň. Je zničena celá tloušťka kůže a v ráně jsou zjevné části podkožního tuku. Při tomto stupni se již může tvořit povlak nebo nekróza. **Čtvrtý stupeň** je nejhorší stav dekubitů, kdy je kůže a podkoží zničeno a v ráně je viditelná kost, svalová tkáň nebo šlachy. Tvoří se povlak, nekróza nebo sinusy, které způsobují hluboké chodby v ráně. Dekubity třetího a čtvrtého stupně vyžadují nezbytnou odbornou lékařskou péči. Dále EPUAP uvádí další dva termíny klasifikace dekubitů. **Dekubit, u kterého nelze určit stupeň poškození**, kdy nevíme jak je rána hluboká. „*Rána s úplnou ztrátou tkáně s povlakem či nekrózou pokrývající spodinu rány. Hloubku rány a stupeň dekubitu není*

*možné určit, dokud se povlak nebo nekróza ze spodiny rány neodstraní“ (Hartmann - Rico, 2024). A **dekubit, u kterého máme podezření na poškození tkání**, kdy si také nejsme jisti hloubkou rány. Vidíme „Lokalizovanou oblast fialově nebo tmavě červeně zbarvené kůže nebo puchýř naplněný krví. Rána se může i přes optimální léčbu dále rychle vyvíjet do hloubky“ (Hartmann - Rico, 2024). „Povrchový nález je ale pouze zevním projevem a důsledkem souhry mnoha faktorů – poškození postupuje z hloubky na povrch a až časem se může ukázat, o jak závažné poškození se jedná“ (Hartmann - Rico, 2024).*

4 Léčba dekubitů

Léčba dekubitů závisí na stupni proleženiny a celkovém stavu pacienta. Základní principy léčby zahrnují pravidelné a správné polohování a k tomu používání antidekubitních a polohovacích pomůcek. *Při léčbě dekubitů nezapomínáme na celkovou péči o pacienta, zejména správnou výživu, hydrataci, včasnou rehabilitaci a kompenzaci přidružených onemocnění. V lokální léčbě dekubitů postupujeme dle doporučených postupů European wound management association (dále jen EWMA) a respektujeme tzv. Fázové hojení ran při výběru vhodného krycího materiálu. Zdravotnický personál vede dokumentaci rány dle legislativních norem a vhodné je její doplnění pravidelnou fotodokumentací rány (Hartmann - Rico, 2024). Ošetřování dekubitů se liší podle stádia a stupně dekubitu. „Cílem komplexní péče o akutní či chronickou ránu je její co nejefektivnější zhojení. Volba uzávěru rány (hojení per primam – bez komplikací, per-secundam, či dokonce tertiam – tzv. odložená sutura) se odvíjí od příčiny vzniku a charakteru rány samotné. Ošetrovatelská péče a zejména plánování jednotlivých intervencí vychází z akutního posouzení rány a celkového stavu pacienta“ (Pokorná et al., 2014). Základní ošetření dekubitů se dělí na konzervativní a chirurgickou léčbu.*

a) Konzervativní léčba

Uplatňuje se u pacientů před chirurgickou terapií proleženin a u pacientů, kteří nejsou indikováni k operaci. Základními principy jsou prevence, tedy systematická preventivní opatření, jako je polohování, kontrola kůže a hygiena, debridement kde dochází k odstranění nekrotické tkáně, povlaků a cizího materiálu ze spodiny dekubitu. V případě infekce může být nutná i systémová antibiotická terapie. Dále spočívá v hodnocení rány, kdy se zaznamenává hojení rány do zdravotnické dokumentace, zajištění optimální vlhkosti v ráně, která podporuje růst granulační a epitelizační tkáně a chrání hojící se tkáň. Komplexní péče o dekubity vyžaduje spolupráci celého multidisciplinárního týmu, včetně lékařů, sester, fyzioterapeutů, psychologů a nutričních terapeutů (Hojeniran.cz, 2024).

b) Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se zvažuje u dekubitů 3. a 4. stupně, kdy konzervativní léčba selhává nebo není možná. Rozhodnutí o operaci závisí na celkovém stavu pacienta a prognóze. Při chirurgickém zákroku dochází k odstranění veškeré odumřelé a infikované tkáně až po zdravou tkáň. U dekubitů nad kostnatými výstupky je nutné tyto výstupky odstranit, aby se zamezilo opakovanému vzniku dekubitu. V závažných případech infekce kosti (osteitida) nebo kloubu (purulentní artritida) může být nutné odstranit i část postižené kosti nebo kloubu. Po odstranění nekrotické tkáně a kostních prominencí se vzniklý defekt vyplňuje svalovým lalokem, čímž se zajistí prokrvení a výživa hojící se tkáně. Lalok musí mít dostatečné rozměry, aby překryl celý vřed i s okrajem zdravé tkáně. Rána se musí zašít bez napětí, aby se zabránilo prasknutí a komplikacím (Hojeniran.cz, 2024).

Chirurgická léčba dekubitů je náročný a komplexní zákrok. Před operací je nutné zvážit všechna rizika a benefity a informovat pacienta o průběhu operace a pooperační péči (Hojeniran.cz, 2024).

4.1 Vlhké hojení ran – moderní metoda ošetření ran

„Vlhké hojení ran bylo známo již ve starověku. S oblibou byl využíván med, který rány udržel ve vlhkosti, a navíc působil svými antibakteriálními a protizánětlivými účinky“ (Tůmová a Dubská, 2024). Vlhké hojení ran se zaměřuje na vytvoření optimálního prostředí pro hojení rány. Toho je dosaženo zajištěním optimální vlhkostí, kdy vlhkost podporuje migraci bílých krvinek a růstových faktorů k ráně, čímž se urychluje hojení. Dále udržuje stálou teplotu a vhodné pH které je lehce kyselé, a to napomáhá hojení a zabraňuje množení bakterií. Vlhké krytí chrání ránu před infekcí a nečistotami z vnějšího prostředí a podporuje tvorbu granulační tkáně a epitelizace, čímž se urychluje hojení. Vlhké prostředí podporuje hojení ran až o 40 % rychleji než tradiční metody s gázou a obinadly. Vlhké krytí se snadněji aplikuje a vydrží déle (až 7 dní) než gáza, čímž se snižuje nutnost častého převazování, k ráně se nepřichytává, čímž se minimalizuje bolest převazování a zvyšuje se pohodlí pacientů (Tůmová a Dubská, 2024).

4.2 Fáze ošetřování dekubitů

Ošetřování dekubitů se rozděluje do 3 fází, které se liší cíli a používanými metodami.

a) Fáze zánětu a čištění

Cílem této fáze je odstranit nekrotickou tkáň (odumřelou tkáň) a zánět, který se může v ráně vytvořit. Rána se čistí sterilním roztokem a používají se krytí, která podporují a odstraňují nekrotickou tkáň. Často bývají rány infikované a musí se indikovat antibiotika. *„K tlumení infekce, čištění rány a odsávání hnisu se využívá sací schopnosti vlhkého mulu nebo krytí TenderWet, sání je nejintenzivnější tehdy, když se mul nejprve namočí a pak se vymačkáním zbaví přebytečné tekutiny. Suchý nebo příliš mokrá mul nesaje. Mul se vlhčí Ringerovým nebo fyziologickým roztokem“* (Čok, 2021). Rány potřebují zvláštní péči s mulem. Aby se zabránilo rozmáčení kůže, je třeba na vlhký mul přikládat suchý mul podle toho, kolik tekutiny rána vylučuje. Čím více tekutiny, tím častěji je třeba ránu kontrolovat a vyměnit krytí. *„K vyčištění rány a zajištění vlhkého prostředí v ráně se také někdy používají masti, např. Betadine“* (Čok, 2021). Při čištění rány je zcela nevhodné používat gázu s roztokem. Vytváří tření a může dojít k většímu poškození rány a roznášení infekce do okolí. Aby kůže kolem rány netrpěla, je vhodné použít ochrannou pastu, třeba zinkovou mast.

b) Fáze granulace

Cílem této fáze je podpořit granulační tkáň (nové zdravé tkáň) v ráně. Používají se krytí, která podporují granulaci, jako jsou hydrogely, algináty a pěnové krytí. Důležité je kontrolovat infekci a prevence dalšího poškození tkáně. Je vhodné *„Na dekubit se silnou sekrecí zvolit krycí prostředek, který odstraní přebytečnou sekreci absorpcí (savým účinkem) nebo vazbou na hydrokoloidní částice (sekret se váže na gel). V žádném případě jako krytí nepoužívat buničitou, ani papírovou vatu a vůbec ne prodyšné igelitové pleny!“* (Čok, 2021).

c) Fáze epitelizace

Cílem této fáze je pokrytí rány epitelem (novou kůží). Používají se krytí, která podporují epitelizaci, jako jsou hydrokoloidy a silikonové krytí. Důležitá je ochrana

rány před mechanickým poškozením a infekcí. „*Pokud se na nové pokožce vytvářejí suché stroupky (šupinky), je vhodné použít jako primární krytí Bactigras (síťový materiál napuštěný mastí)*“ (Čok, 2021). Je vhodné se vyhnout lepicím materiálům. Nelepivý materiál nepoškozuje ránu při převazu, nedráždí pokožku a propouští vlhkost.

5 Praktická část

5.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky

Praktická část BP je zaměřena na zmapování problematiky prevence a léčby dekubitů. Cílem praktické části je zmapovat aktuální stav prevence a léčby dekubitů na Oddělení následné péče Turnov Krajské nemocnice Liberec, a. s. a u poskytovatele pobytových sociálních služeb - Zdravotně sociální služby Turnov, příspěvková organizace.

5.1.1 Cíle

1. Analýza rizikových faktorů vzniku dekubitů.
2. Zvýšit a zkvalitnit prevenci vzniku dekubitů
3. Zmapovat úlohu sestry v péči o pacienta s dekubity zaměřené na prevenci
4. Analýza ošetrovatelské péče u pacientů s dekubity v rozdílných zařízeních – ve zdravotnickém zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory

5.1.2 Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že 80 % respondentů postupuje při ošetřování dle národního ošetrovatelského postupu.
2. Předpokládáme, že pokud obě pracoviště se řídí národním ošetrovatelským postupem, je prevence dekubitů srovnatelná na obou pracovištích.
3. Předpokládáme, že úloha sestry je ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory rozdílná, a to z důvodu odlišného složení personálu na jednotlivých odděleních.
4. Předpokládáme, že ve zdravotním zařízení je vyšší úspěšnost prevence a léčby dekubitů než v pobytovém zařízení pro seniory.

5.2 Metody

5.2.1 Charakteristika pracovišť

Personální obsazení na Oddělení následné péče se liší podle oddělení. Oddělení je rozděleno na dvě sekce. Na Oddělení následné péče 1 je možné hospitalizovat 18 pacientů. Má zde pracovnu vrchní sestra (ranní směny), sestry 12 hod. směny 4x 1,0 úvazek, 2x 0,5 úvazek. Sanitáři 12 hod. směny – 7x 1,0 úvazek. Na Oddělení následné péče 2 je možné hospitalizovat 20 pacientů. Zde má pracovnu staniční sestra (ranní směny) a gerioterapeut (ranní směny). Sestry 12 hod. směny – 3x 1,0 úvazek, 2x 0,5 úvazek. Sanitáři 12 hod. směny – 6x 1,0 úvazek, 1x 0,75 úvazek. Denní službu slouží na obou stanicích vždy 1x sestra + 2 sanitáři, noční směnu slouží vždy 1x sloužící lékař, 1x sestra + 1x sanitář. Zákon č. 372/2011 Sb. je o zdravotních službách, které získaly oprávnění poskytovat zdravotní služby krajským úřadem, Ministerstvem obrany nebo Ministerstvem spravedlnosti a Ministerstvem vnitra, ve znění pozdějších předpisů.

Personální obsazení u poskytovatele pobytových sociálních služeb - Zdravotně sociální služby Turnov, příspěvková organizace je aktuálně 7,75 úvazku sestry, 1x úvazek fyzioterapeut, 1x úvazek ergoterapeut, 1x úvazek vrchní sestra a 1x úvazek staniční sestry. 29x úvazků pečovatelé v domově pro seniory a 16x úvazků pečovatelé v domově se zvláštním režimem. 1x úvazek koordinátorka, 3x sociální a 3x aktivizační pracovnice. Poskytovatel sociálních služeb provozuje celkem 100lůžkovou kapacitu, dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, přičemž 71 lůžek je registrováno jako domovy pro seniory, 5 lůžek jako odlehčovací služba a 24 lůžek jako domovy pro osoby se zvláštním režimem. Dle výše uvedeného zákona musí pracovníci v sociálních službách splnit kvalifikační podmínky pro výkon pracovníka v sociálních službách viz § 115 zákona. Dále dle tohoto zákona o sociálních službách musí poskytovatel v pobytových službách (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem) zabezpečit ošetrovatelskou a rehabilitační péči prostřednictvím pracovníků s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání. (viz zákon 96/2004 Sb. zákon o podmínkách získávání a uznávání činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Česko, 2011). V případě domova pro seniory (71 lůžek) pracuje v denní směně celkem 16 pracovníků (z toho 9 pečovatelů, 2 sestry a 3 aktivizační pracovníci fyzioterapeut

a ergoterapeut) a v domově se zvláštním režimem (24 lůžek) 9 pracovníků, z toho 5 pečovateli, 1 sestra a 1 aktivizační pracovník, fyzioterapeut a ergoterapeut). K tomuto výčtu pro všechny pobytové služby je nutné přidat ještě vrchní sestru, staniční sestru a 3 sociální pracovníky. V noční směně v budově slouží vždy 4 pečovatelé a 1 sestra. V běžném každodenním provozu mají v oblasti péče o klienty v sociálním zařízení nejvíce kompetencí zdravotní sestry pod vedením vrchní sestry, které vykonávají zdravotní úkony na základě indikace lékaře. Praktický lékař do zařízení dochází 1x za týden a je k dispozici na telefonu v ordinálních hodinách běžné ordinace lékaře. Dále zařízení sociálních služeb má uzavřenou smlouvu o spolupráci s lékařem z oboru psychiatrie a spolupracuje s lékařem – paliatrem. Pokud nastane mimořádná událost, a to v době mimo ordinální hodiny lékaře / lékařů, je třeba řešit situaci (nejčastěji o víkendech a nočních hodinách) za pomoci přivolání zdravotnické záchranné služby (ZZS). K výše uvedenému je třeba ještě uvést, že ZSST získaly oprávnění k poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče, a to podle zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Vzdělávání v sociálních službách a zdravotních službách je odlišné.

5.2.2 Dotazníkové šetření

Abychom získaly informace o problematice dekubitů na jednotlivých pracovištích v praxi, zaměřila jsem se na dotazníkové šetření mezi nelékařským personálem na Oddělení následné péče Turnov Krajské nemocnice Liberec, a. s. a u poskytovatele pobytových sociálních služeb - Zdravotně sociální služby Turnov, příspěvková organizace. Vytvořila jsem nestandardizovaný dotazník ([příloha A](#)), který reflektuje cíle a předpoklady práce, vychází z teoretické části bakalářské práce a byl schválen mou vedoucí práce Mgr. Alenou Kyrianovou. Úvod dotazníku informuje nelékařský personál o cíli, důvodu a účelech výzkumu, vysvětluje způsob vyplňování a zdůrazňuje anonymitu a dobrovolnost v zapojení do dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 17 otázek, které vychází ze stanovených cílů a předpokladů bakalářské práce.

Cílem dotazníkového šetření je získat data o znalostech, postojích a praxi nelékařského personálu v oblasti prevence a léčby dekubitů, ověřit předpoklady práce a zlepšit péči o pacienty s dekubity a zkvalitnit prevenci.

Ke stanovenému předpokladu č. 1. (**Předpokládáme, že 80% respondentů postupuje při ošetřování dle národního ošetřovatelského postupu**) vychází otázky č. 5, č. 6. Ke stanovenému předpokladu č. 2. (**Předpokládáme, že pokud obě pracoviště se řídí národním ošetřovatelským postupem, je prevence dekubitů srovnatelná na obou pracovištích**) vychází otázky č. 10, č. 11, č. 12, č. 13, č. 16. Ke stanovenému předpokladu č. 3. (**Předpokládáme, že úloha sestry je ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory rozdílná, a to z důvodu odlišného složení personálu na jednotlivých odděleních**) vychází otázky č. 13, č. 14, č. 15. Ke stanovenému předpokladu č. 4 (**Předpokládáme, že ve zdravotním zařízení je vyšší úspěšnost prevence a léčby dekubitů než v pobytovém zařízení pro seniory**) vychází otázky č. 7, č. 8, č. 9, č. 17.

Dotazník obsahoval různé typy otázek, abychom získaly co nejširší a nejhlubší informace o problematice dekubitů v praxi. Nejčastěji se vyskytující otázky jsou typu uzavřeného, kde respondenti vybírají z nabízených variant a umožňují rychlé a snadné zodpovězení. V dotazníku se jedná o otázky č. 1, č. 3, č. 4, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9, č. 16. Další typ otázky byl polo uzavřený, kde se jedná o kombinaci uzavřené a otevřené části a nabízí respondentům možnosti výběru, ale dává jim i prostor pro vlastní vyjádření. V dotazníku se jedná o otázky č. 15, č. 17. Poslední typ otázek, které byly do dotazníku použity, jsou otevřené otázky. Respondenti odpovídají volně a poskytují jim prostor pro detailní a individuální odpovědi. V dotazníku se jedná o otázku č. 2, č. 5, č. 10, č. 11, č. 12, č. 14. Zvolená kombinace výzkumných otázek mi pomohla získat kvantitativní data a získat hlubší vhled do myšlení a zkušeností respondentů.

Zpracování dat proběhlo v programech Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

5.2.3 Realizace výzkumu

Hlavní fáze výzkumu, jak je již zmiňováno, probíhala od měsíce ledna do měsíce února roku 2024. Před zahájením bylo nutné na obou pracovištích schválit protokol

k realizaci výzkumu, který byl oběma pracovišti schválen ([příloha B](#)). Na každé pracoviště bylo distribuováno 25 dotazníků a celková návratnost dotazníků činila 92 %.

5.3 Analýza výzkumných dat

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 46 respondentů nelékařského zdravotního personálu. Výsledky jsou uvedeny pro přehlednost v tabulkách a grafech.

Tabulka 1 - Otázka č. 1

Vaše pohlaví	a) Muž	b) Žena	c) Jiné
ZSST Pohoda	0	21	0
ONP Turnov	4	21	0

Z celkového počtu respondentů se do dotazníkového šetření zapojilo 42 žen a 4 muži, což činí z celkového zastoupení 91 % žen a 9 % mužů.

Tabulka 2 - Otázka č. 2

Váš věk?	Průměrný věk respondentů
ZSST Pohoda	50,6
ONP Turnov	44,1

Celkový průměrný věk všech respondentů se pohybuje kolem hranice 45 let. Starší struktura respondentů je v pobytovém zařízení sociálních služeb. Nejčastěji zastoupenou věkovou hranicí všech respondentů je věk 50 let, což je i vykázaná mediánová hodnota, která koresponduje s nejpočetnější skupinou pracujících na trhu práce v současné době.

Tabulka 3 - Otázka č. 3

Kde pracujete?	a) Zdravotní zařízení	b) Sociální zařízení
ZSST Pohoda	2	19
ONP Turnov	25	0

Dotazníky byly distribuovány na jednotlivá pracoviště po 25 kusech na pracoviště. Otázka č. 3 byla pouze doplňující, aby bylo možné lépe rozpoznat návratnost z jednotlivých zařízení. Pracovníci ZSST Pohoda, ačkoli primárně pracují v pobytovém zařízení sociálních služeb uvedli, že pracují ve zdravotním zařízení. Vzhledem k tomu, že ZSST mají registraci jak na poskytování sociálních služeb, tak na poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče, mohou být obě odpovědi považovány za správné.

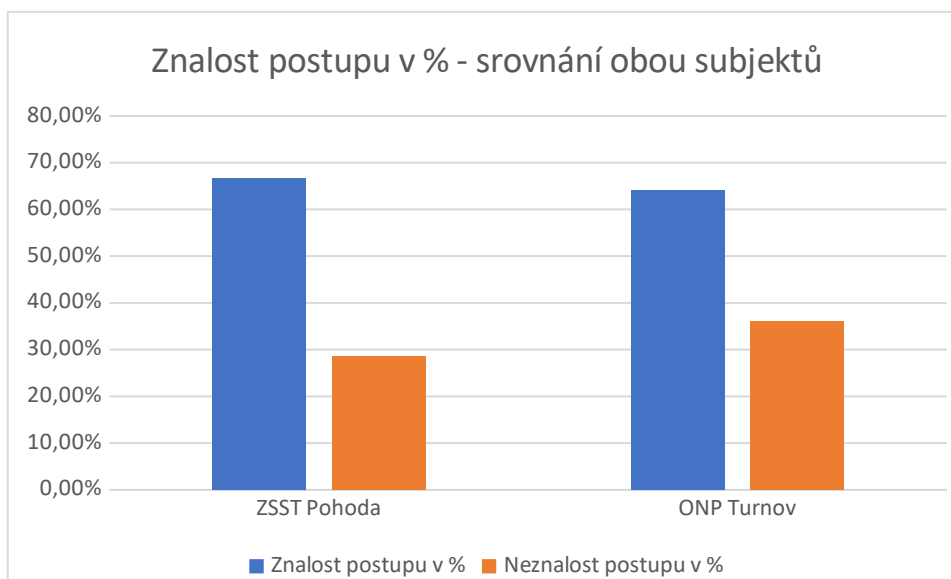
Tabulka 4 - Otázka č. 4

Setkal jste se ve své práci s dekubity?	a) Ano	b) Ne
ZSST Pohoda	21	0
ONP Turnov	25	0

Předpokládá se, že výskyt dekubitů je častým problémem, kterým se musí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče i v nemocnicích zabývat. Šetření prokázalo, že všichni dotázaní se za dobu své praxe setkali s výskytem dekubitů, nicméně znalost Národního ošetrovatelského postupu dokládá pouze 65 % respondentů (viz tabulka č. 5).

Tabulka 5 - Otázka č. 5

Znáte Národní ošetrovatelský postup/standard?	a) Ano	b) Ne
ZSST Pohoda	14	6
ONP Turnov	16	9



Graf 7 - Otázka č. 5

Mírně vyšší znalost Národně ošetrovatelského postupu prokázali respondenti z pobytového zařízení sociálních služeb. Bohužel jeden respondent ze ZSST Pohoda neodpověděl na otázku.

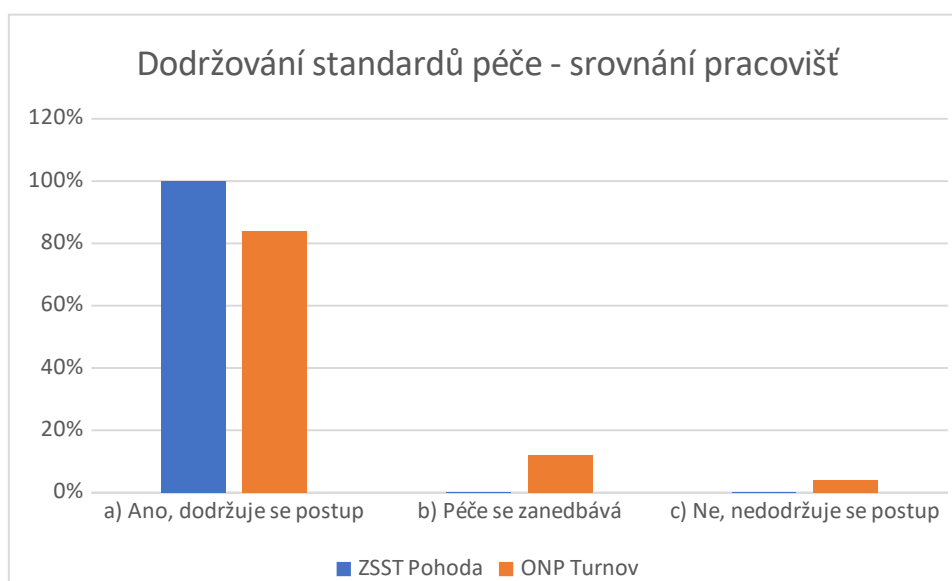
Tabulka 6 - Otázka č. 6

Víte, kde byste našli Národní ošetřovatelský postup/standard?	a) MZČR	b) NANDA	c) NCO
ZSST Pohoda	18	1	1
ONP Turnov	19	0	4

Navzdory odpovědi na otázku č. 5, kde se 33 % respondentů vyjádřilo, že nezná NOP, většina dotázaných (80 % respondentů) v otázce č. 6 odpověděla, že tento metodický postup by hledala v materiálech Ministerstva zdravotnictví ČR. Zde nezodpověděli na otázku 2 respondenti z ONP Turnov a 1 respondent ze ZSST Pohoda.

Tabulka 7 - Otázka č. 7

Souhlasíte s tvrzením, že ošetřovatelská péče o dekubity na Vašem oddělení probíhá dle standardů ošetřovatelské péče?	a) Ano, dodržuje se postup	b) Péče se zanedbává	c) Ne, nedodržuje se postup
ZSST Pohoda	21	0	0
ONP Turnov	21	3	1



Graf 8 - Otázka č. 7

Většina respondentů (91 %) deklaruje, že při péči o dekubity jsou dodržovány standardy ošetřovatelské péče. Bohužel 3 respondenti z ONP Turnov odpověděli, že na jejich oddělení je péče zanedbaná a jeden respondent uvedl, že standardy se nedodržují.

Tabulka 8 - Otázka č. 8

Jaké jsou podle Vás rizikové faktory, při kterých vznikají dekubity?	a) Inkontinence, vlhkost, hygiena, porucha vědomí, porucha CNS, výživa a věk	b) Inkontinence, vlhkost, hygiena, porucha vědomí, porucha CNS, výživa, věk a časté polohování	c) Inkontinence, vlhkost, hygiena, porucha vědomí, porucha CNS, výživa, věk a správné pH kůže
ZSST Pohoda	21	0	0
ONP Turnov	18	0	7

U této otázky většina respondentů (85 %) zodpověděla správně, které rizikové faktory jsou spojené se vznikem dekubitu. 7 respondentů z ONP Turnov vybrali možnost c) a mylně se domnívají, že správné pH kůže je rizikovým faktorem pro vznik dekubitu.

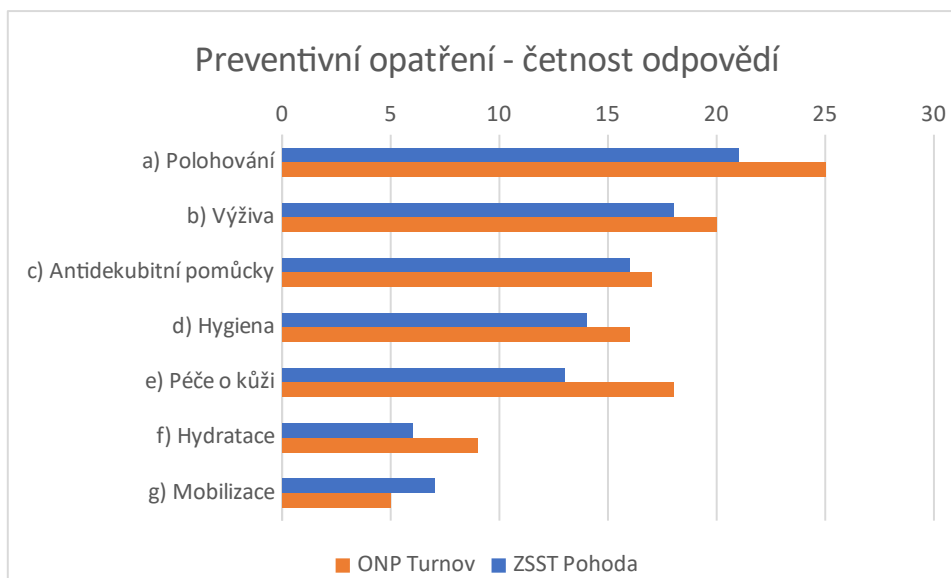
Tabulka 9 - Otázka č. 9

K čemu slouží stupnice dle Nortonové?	a) Slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů	b) Slouží k posouzení stádií dekubitů	c) Pomáhá hodnotit stav vědomí pacienta a změny ke kterým dochází v průběhu hospitalizace
ZSST Pohoda	20	1	0
ONP Turnov	20	5	0

87 % respondentů uvedlo správnou odpověď v otázce, k čemu slouží stupnice dle Nortonové? Stupnice Nortonové slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů. 1 respondent z pracoviště ZSST Pohoda odpověděl, že slouží k posouzení stádia dekubitů a z oddělení ONP Turnov tuto možnost zvolilo 5 respondentů.

Tabulka 10 - Otázka č. 10

Vymenujte preventivní opatření, která ovlivňují vznik dekubitů.	a) Polohování	b) Výživa	c) Antidekubitní pomůcky	d) Hygiena	e) Péče o kůži	f) Hydratace	g) Mobilizace
ZSST Pohoda	21	18	16	14	13	6	7
ONP Turnov	25	20	17	16	18	9	5

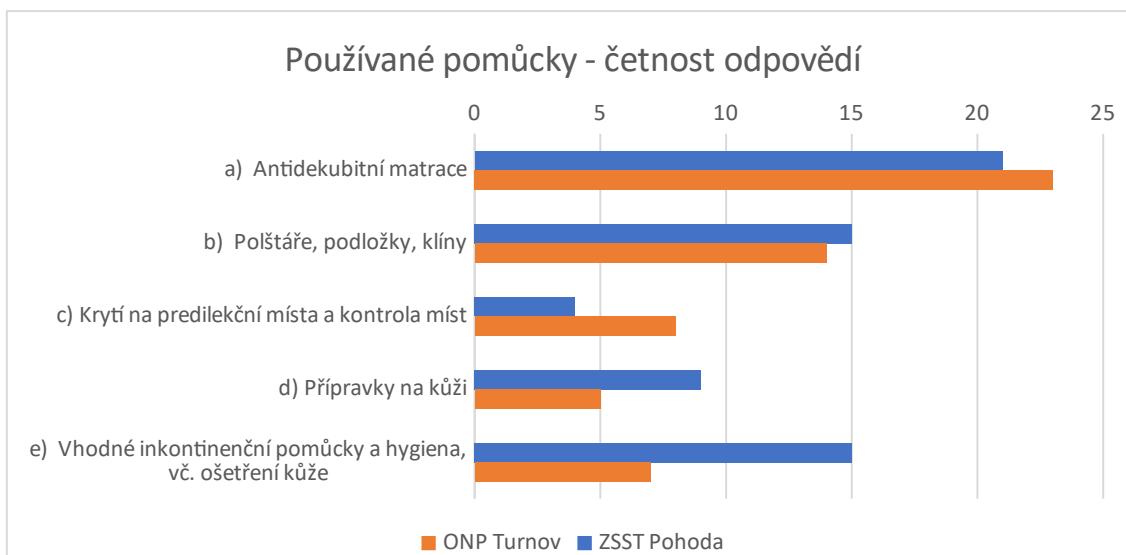


Graf 9 - Otázka č. 10

Mnohá preventivní opatření mají svůj velký význam v předcházení vzniku dekubitů. Respondenti měli vyjmenovat alespoň pět opatření, která ovlivňují vznik, resp. mohou zabránit ve vzniku dekubitů. Nejčastějšími odpověďmi bylo polohování pacienta, výživa, používání antidekubitních pomůcek, dodržování správné hygieny, ošetření kůže, hydratace a mobilizace pacienta. Bylo potvrzeno, že preventivní kroky hrají významnou roli v péči o pacienta, a to na obou pracovištích.

Tabulka 11 - Otázka č. 11

Jaké pomůcky využíváte k prevenci vzniku dekubitů?	a) Antidekubitní matrace	b) Polštáře, podložky, klíny	c) Krytí na predilekční místa a kontrola míst	d) Přípravky na kůži	e) Vhodné inkontinenční pomůcky a hygiena, vč. ošetření kůže
ZSST Pohoda	21	15	4	9	15
ONP Turnov	23	14	8	5	7

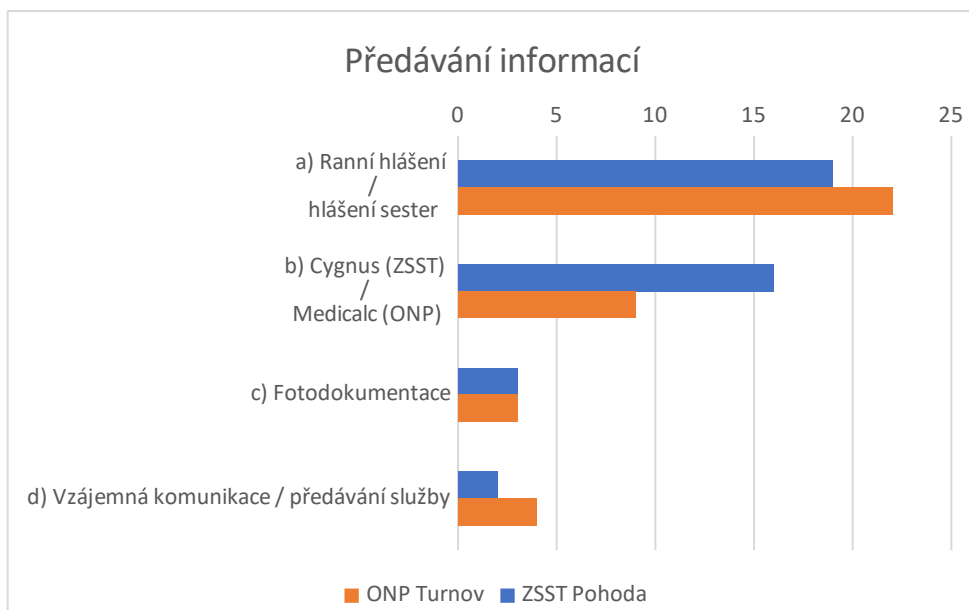


Graf 10 - Otázka č. 11

Z odpovědí je patrné, že pracovníci obou pracovišť vnímají používání pomůcek jako významný prvek, který ovlivňuje zdraví pacienta, neboť pomůcky chrání ohrožené části těla. Zásadní je používání antidekubitních matrací, vhodných polštářů, podložek a klínů. Častou odpovědí respondentů z ONP bylo i krytí predilekčních míst a jejich kontrola, což je zřejmě dáno složením zaměstnanců na pracovišti, kteří mohou ošetřovat dekubity (sestry). Na druhou stranu významně častější odpovědí respondentů ze ZSST Pohoda bylo vhodné zvolení inkontinenčních pomůcek a dodržování hygieny, vč. ošetřování kůže. Je to dáno tím, že pracoviště je certifikované na podporu kontinence a pracovníci, tj. pečující personál je v této oblasti vyškolen.

Tabulka 12 - Otázka č. 12

Jakým způsobem si pečující personál, zvláště zdravotní sestry na Vašem oddělení, předávají informace v prevenci vzniku dekubitů u rizikových pacientů?	a) Ranní hlášení / hlášení sester	b) Cygnus (ZSST) / Medicalc (ONP)	c) Fotodokumentace	d) Vzájemná komunikace / předávání služby
ZSST Pohoda	19	16	3	2
ONP Turnov	22	9	3	4



Graf 11 - Otázka č. 12

Respondenti obou pracovišť se celkem shodně vyjádřili, že předávání informací probíhá na ranním hlášení personálu. Hojně využívaný respondenty ZSST Pohoda je také informační systém pro sociální služby Cygnus, kde se vedou každodenně záznamy o klientech zařízení. Vnitřního informačního systému ONP Medicalc je zřejmě využíváno pro sdílení informací méně.

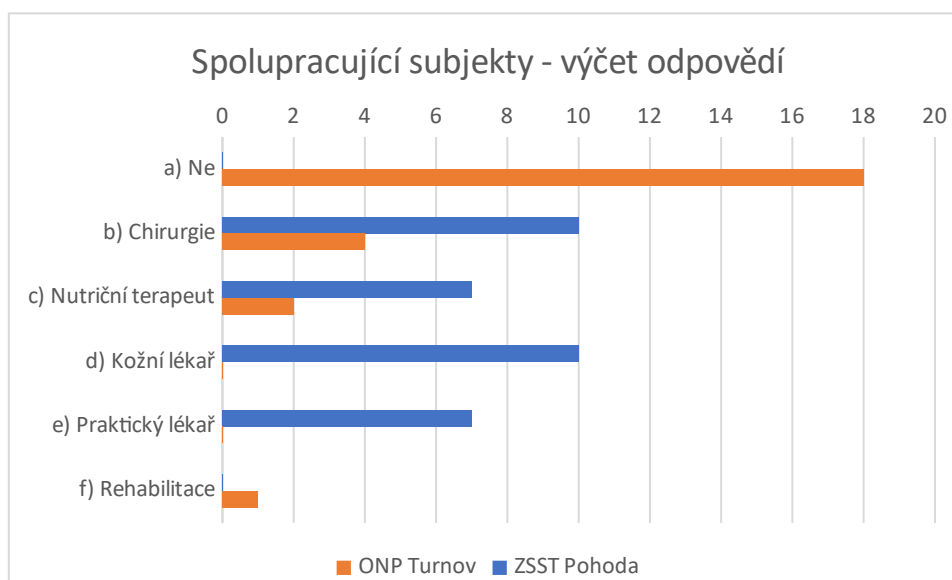
Tabulka 13 - Otázka č. 13

Kdo z ošetrovatelského personálu se podílí na prevenci vzniku dekubitů?	a) Jen sestry	b) Jen pomocný personál	c) Všichni	d) Nikdo
ZSST Pohoda	0	0	21	0
ONP Turnov	0	0	25	0

Na otázku, kdo se podílí na pracovišti na prevenci vzniku dekubitů se shodně vyjádřili respondenti obou zařízení – „všichni“. Skutečně na péči o klienta/ pacienta se společně podílejí všichni, a to od sestry až po pomocný personál. Jedná se pak o vzácnou koexistenci všech dotčených pracovníků, kteří se podílejí významnou měrou na zdravotní kondici a pohodě pacienta.

Tabulka 14 - Otázka č. 14

Spolupracuje tým na Vašem oddělení/úseku i s dalšími pracovišti při řešení vzniku/výskytu/léčbě u pacienta/klienta s dekubity? Jakými?	a) Ne	b) Chirurgie	c) Nutriční terapeut	d) Kožní lékař	e) Praktický lékař	f) Rehabilitace
ZSST Pohoda	0	10	7	10	7	0
ONP Turnov	18	4	2	0	0	1

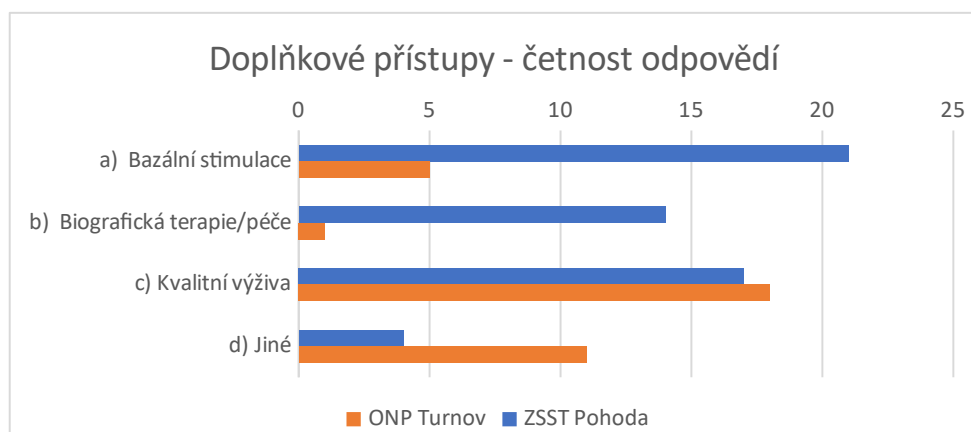


Graf 12 - Otázka č. 14

Z odpovědí respondentů z obou pracovišť je zřejmé, že péče a odborné zázemí je rozdílné v zařízení sociálních služeb, které je závislé na spolupráci s dalšími subjekty v oblasti péče o dekubity a na pracovišti ONP, které je jedním z oddělení nemocnice, kde jsou zastoupena další odborná pracoviště, a to vč. chirurgie, interny atd. ZSST Pohoda úzce spolupracuje s pracovišti kožního lékaře, chirurgií, praktickým lékařem, ale i s nutričním terapeutem. Na rozdíl od ONP, kde respondenti deklarují, že nemají potřebu spolupracovat s dalšími subjekty. Pouze okrajově zmínili, a to ve čtyřech případech, že spolupracují s chirurgií, ve dvou případech s nutričním terapeutem a v jednom případě s rehabilitací.

Tabulka 15 - Otázka č. 15

Využíváte ve Vašem oddělení/úseku další doplňkové přístupy, které přispívají k celkové pohodě pacienta/klienta?	a) Bazální stimulace	b) Biografická terapie/péče	c) Kvalitní výživa	d) Jiné
ZSST Pohoda	21	14	17	4
ONP Turnov	5	1	18	11



Graf 13 - Otázka č. 15

Tato otázka se zaměřuje na další doplňkové přístupy, které mohou ovlivnit pobyt pacienta/klienta a zda je uvedená pracoviště využívají. Z oddělení ZSST Pohoda odpovědělo 100 % respondentů, že využívají nejvíce bazální stimulaci, 66 % respondentů biografickou péči, která velmi přispívá ke kvalitě ošetrovatelské péče, 81 % respondentů uvedlo jako doplňkový přístup kvalitu výživy a tyto možnosti byly doplněny i dalšími jinými doplňkovými přístupy jako je fyzioterapie, canisterapie ale i praxe studentů oboru masér ve zdravotnictví. Výsledky z ONP Turnov se výrazně liší, nejvíce respondentů odpovědělo, že doplňkovým přístupem je využití kvalitní výživy celkem 72 %, ale pouze 20 % respondentů zodpovědělo k využívání bazální stimulace, 4 % biografickou péči a 44 % zvolilo odpověď jiné, mezi které uvedli arteterapii, ergoterapii, canisterapii.

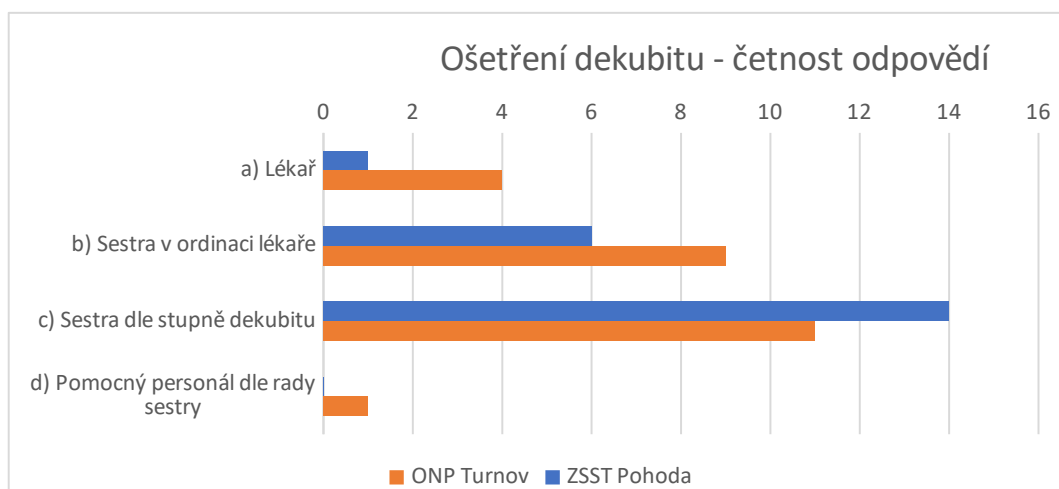
Tabulka 16 - Otázka č. 16

Pokud je prováděna prevence vzniku dekubitů, vznikne dekubit?	a) Vždy	b) Někdy	c) Nikdy
ZSST Pohoda	0	20	1
ONP Turnov	1	23	1

Je zjevné, že ne vždy se dá vzniku dekubitu zabránit, proto se respondenti z obou pracovišť téměř shodují s odpovědí, že dekubit vznikne „někdy“, i přes to, že je prováděna prevence proti vzniku dekubitu.

Tabulka 17 - Otázka č. 17

Ošetření dekubitu provádí?	a) Lékař	b) Sestra v ordinaci lékaře	c) Sestra dle stupně dekubitu	d) Pomocný personál dle rady sestry
ZSST Pohoda	1	6	14	0
ONP Turnov	4	9	11	1



Graf 14 - Otázka č. 17

Tato otázka se zaměřuje na samotné ošetření dekubitu a kdo by měl ošetření vykonávat. Správnou odpovědí na tuto otázku je ošetření sestrou dle ordinace lékaře. Je překvapující, že nejvíce respondentů z obou pracovišť (ZSST Pohoda 66 % a ONP Turnov 44 %) zodpovědělo, že ošetření dekubitu provádí sestra podle stupně dekubitu. Druhá nejčetnější odpověď byla, že ošetření dekubitu provádí sestra v ordinaci lékaře, tedy se řídí dle rady lékaře (ZSST Pohoda 28 % a ONP Turnov 36 %).

Možnost a), že dekubity ošetřuje lékař, uvedl pouze 1 respondent z ZSST Pohoda a 4 respondenti z ONP Turnov.

Nízký zvolený počet odpovědi, že dekubity ošetřuje lékař u ZSST Pohoda je logické vyústění ze situace, která souvisí s personálním obsazením pracoviště, kdy je v sociálních službách fyzicky dostupný lékař pouze v omezeném čase (nejčastěji pouze 1x za týden), a jinak tyto činnosti vykonávají sestry na základě indikace lékaře.

Možnost ošetření lékařem má pochopitelně větší četnost u oddělení ONP Turnov, kde se vyskytují lékaři denně, kdežto v ZSST Pohoda je lékař dostupný pouze v určitých dnech. Komunikace tedy probíhá osobně, když je lékař v zařízení, nebo telefonicky. Obvolávají se a konzultuje se zdravotní stav i s praktickými lékaři klientů ze ZSST Pohoda.

5.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů

5.4.1 Cíle

1. Analýza rizikových faktorů vzniku dekubitů.
2. Zvýšit a zkvalitnit prevenci vzniku dekubitů.
3. Zmapovat úlohu sestry v péči o pacienta s dekubity zaměřené na prevenci.
4. Analýza ošetrovatelské péče u pacientů s dekubity v rozdílných zařízeních – ve zdravotnickém zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory.

Stanovený **cíl č. 1 (Analýza rizikových faktorů vzniku dekubitů.)** Bylo potvrzeno, že pracovníci obou vybraných pracovišť, jak ONP Turnova, tak ZSST Pohoda si uvědomují a znají rizikové faktory vzniku dekubitů. Pracovníci v dotazníkovém šetření uvedli, že jimi jsou imobilita pacientů/klientů, inkontinence, porucha výživy, porucha vědomí, porucha CNS, věk, hygiena a vlhkost. Je zřejmé, že pracovníci znají rizikové faktory a dbají na prevenci, neboť i jak vyplynulo z dotazníkového šetření, péče na obou pracovištích je na dobré úrovni.

Stanoveného cíle č. 1 bylo dosaženo.

Stanovený **cíl č. 2 (Zvýšit a zkvalitnit prevenci vzniku dekubitů.)**. Preventivní opatření mohou zabránit vzniku dekubitů. Při zanedbání péče dochází ke zhoršení celkového stavu pacienta/klienta. Dodržování preventivních kroků a jejich důsledná kontrola od vedoucích kompetentních pracovníků povede ke zkvalitnění péče na obou pracovištích. Zkvalitnění péče je možné za předpokladu znalosti problematiky erudovaného personálu a jeho dostatečného množství. Klíčové je správné rozdělení rolí na pracovištích. Ačkoli se na pracovištích prevenci vzniku dekubitů věnují všichni zaměstnanci (jak bylo uvedeno v dotazníkovém šetření), každý má jinou povinnost. Jiné činnosti může vykonávat sestra (např. převaz, krytí dekubitu na základě ordinace lékaře), jiné činnosti vykonává nižší zdravotní/pečovatelský (např. polohování, kontrola integrity kůže při hygieně atd.). Zvýšení dohledu nad plněním úkolů jednotlivých pracovníků povede ke zkvalitnění péče jejíž výsledkem bude eliminace vzniku dekubitů.

Stanoveného cíle č. 2 bylo dosaženo.

Stanovený cíl č. 3 (**Zmapovat úlohu sestry v péči o pacienta s dekubity zaměřené na prevenci.**). Úloha sestry je na vybraných pracovištích naprosto klíčová. Sestra má mezi nelékařským personálem ve zdravotnickém zařízení, tak v sociálním zařízení největší kompetence. Jsou to především ony, které ošetřují pacienty/klienty a metodicky vedou další personál (nižší zdravotní/pečovatelský personál) v preventivních opatřeních, které zamezují vzniku dekubitů. V sociálním zařízení je sestra „manažerkou v bílém“, která vede svůj tým a tím se snaží naplňovat vizi a poslání organizace. Sestry mezi sebou komunikují navzájem a sdělují si nejdůležitější informace o problematice pacientů/klientů, a to prostřednictvím ranních hlášení, při předávání služby a prostřednictvím vnitřních informačních systémů pracovišť. Sestry dále sdělují informace ostatním členům týmu a naopak nižší zdravotní/pečovatelský personál předává informace sestram. Z toho plyne (i jak bylo uvedeno v dotazníkovém šetření), že na preventivních opatřeních se podílejí všichni členové týmu.

Stanoveného cíle č. 3 bylo dosaženo.

Stanovený cíl č. 4 (**Analýza ošetrovatelské péče u pacientů s dekubity v rozdílných zařízeních – ve zdravotnickém zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory.**). Analýzou bylo zjištěno, že v procesu ošetrovatelské péče mezi vybranými odděleními je výsledný rozdíl, a to zvláště ve složení personálu. V ZSST Pohoda na pracovišti domova pro seniory s 71 lůžky v denní směně slouží 16 osob v přímé péči (z toho 9 ošetrovatelů/pečovatelů, 2 sestry a 3 aktivizační pracovníci a fyzioterapeut s ergoterapeutem). Na jednoho pracovníka v průměru připadne cca 4,5 pacienta/klienta, ale když vezmeme v potaz pouze ošetrovatele/pečovatele, který se věnuje především polohování, péči o kůži, hygieně, podávání stravy atd., tak průměrný počet pacientů/klientů na jednoho pečujícího se rapidně zvýší na 8 osob. A na pracovišti domova se zvláštním režimem s 24 lůžky v denní službě slouží 9 osob v přímé péči (z toho 5 ošetrovatelů/pečovatelů, 1 sestra a 1 aktivizační pracovník a fyzioterapeut a ergoterapeut). Na jednoho pracovníka v průměru připadne 2,6 pacienta/klienta. Když vezmeme v potaz i toto oddělení, kolik připadá pacientů/klientů pouze na ošetrovatele/pečovatele, celkový počet se zvýší z 2,6 na 5 osob.

V případě počtu sester v ZSST Pohoda je situace taková, že pracovní fond sestry na pracovišti domova pro seniory při zohlednění počtu lůžek, případně na 1 pacienta/klienta pouze 18,6 minut za den, a to se všemi pravidelnými i mimořádnými úkony. V domově se zvláštním režimem čas sestry v denní směně na jednoho pacienta/klienta je 27,5 minuty.

Na pracovišti je danou praxí do péče zavádět další doplňkové přístupy, které napomáhají k prevenci vzniku dekubitů. Nástrojem k tomu jsou právě pracovníci, kteří se snaží aktivizovat pacienty/klienty dle jejich individuálních potřeb. Je velice významné předcházet dekubitům, neboť pokud již ke vzniku dekubitu dojde, má na tomto pracovišti sestra jen omezené časové možnosti se dostatečně klientovi/pacientovi věnovat.

Na oddělení ONP Turnov jsou 2 stanice. První s 18ti lůžky, kde slouží v denní směně 3 osoby, z toho 1 sestra a 2 ošetřovatelé/sanitáři. Na jednoho pracovníka v průměru připadne 6 pacientů. Druhá stanice s 20ti lůžky, kde slouží v denní směně také 3 osoby ve složení 1 sestra a 2 ošetřovatelé/sanitáři. Na jednoho pracovníka zde připadne 6 – 7 pacientů. Obdobně, jak jsme toto hledisko vyhodnocovali na pracovišti ZSST Pohoda, tak i na pracovišti ONP Turnov (stanici 1) při zohlednění počtu pouze pracovníků ošetřovatelů/sanitářů vzroste počet pacientů na jednoho pracovníka na 9 pacientů. Stejná situace nastává i na druhé stanici ONP Turnov, kde počet pacientů na jednoho ošetřovatele/sanitáře vzroste dokonce na 10 osob.

V případě počtu sester na ONP Turnov je situace lepší co do počtu časových možností přepočtených na jedno lůžko/pacienta. Na stanici č. 1 má sestra možnost věnovat se jednomu pacientovi 36,7 minut a na stanici č. 2 jsou to 33 minuty. V každém případě musíme opět zohlednit všechny úkony, které sestra v danou směnu musí vykonat, a to ať se jedná o pravidelné činnosti nebo mimořádné.

Na ONP Turnov je péče o pacienta s dekubitem spíše jen zdravotnická, což je dáno právě složením personálu.

Stanoveného cíle č. 4 bylo dosaženo.

5.4.2 Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že 80 % respondentů postupuje při ošetřování dle národního ošetřovatelského postupu.
2. Předpokládáme, že pokud obě pracoviště se řídí národním ošetřovatelským postupem, je prevence dekubitů srovnatelná na obou pracovištích.
3. Předpokládáme, že úloha sestry je ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory rozdílná, a to z důvodu odlišného složení personálu na jednotlivých odděleních.
4. Předpokládáme, že ve zdravotním zařízení je vyšší úspěšnost prevence a léčby dekubitů než v pobytovém zařízení pro seniory.

Výzkumný předpoklad č. 1 (**Předpokládáme, že 80 % respondentů postupuje při ošetřování dle národního ošetřovatelského postupu**). Výsledky z otázek byly velice překvapující. Obě zvolená oddělení mají podobné výsledky z otázky č. 17 ([tabulka č.17](#)), kdy nejčastější odpovědí byla, že ošetření dekubitů provádí sestra dle stupně dekubitu. Nízký počet odpovědí, kdy dekubity ošetřuje lékař u ZSST Pohoda, je logický vzhledem k nedostatku personálu. Lékař je fyzicky přítomen pouze omezený čas (obvykle 1x týdně), a tak dekubity většinou ošetřují sestry na základě lékařova doporučení. Na oddělení ONP Turnov je situace jiná, kdy jsou lékaři přítomni denně a je velice překvapující nízký počet odpovědí u možností a) lékař, b) sestra v ordinaci lékaře. Z logického hlediska je pochopitelné, že v tomto případě by mělo probíhat ošetření lékařem nebo sestrou dle ordinace častěji.

Výsledky hypotézu č. 1 nepodporují.

Výzkumný předpoklad č. 2 (**Předpokládáme, že pokud obě pracoviště se řídí národním ošetřovatelským postupem, je prevence dekubitů srovnatelná na obou pracovištích**). Na obou pracovištích je vidět snaha o vysokou a kvalitní prevenci a odpovědi z obou pracovišť byly podobné. Na otázku, kdo se podílí na prevenci vzniku dekubitů všichni odpověděli možností „všichni“. V Péči o pacienta/klienta se podílejí jak sestry, tak pomocný personál. Dále byly odpovědi velice shodné v otázce č. 10, která se týká preventivních opatření, která ovlivňují vznik dekubitů. Respondenti odpovídali volně a měli vypsát alespoň 5 možností. Nejpočetnější odpovědí bylo

polohování (ZSST Pohoda 100 % a ONP Turnov 100 %), výživa (ZSST Pohoda 85 % a ONP Turnov 80 %), antidekubitní pomůcky (ZSST Pohoda 76 % a ONP Turnov 68 %) a hygiena (ZSST Pohoda 66 % a ONP Turnov 64 %). Zbylé odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 10 ([tabulka č. 10](#)).

Výsledky hypotézu č. 2 podporují.

Výzkumný předpoklad č. 3 (**Předpokládáme, že úloha sestry je ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory rozdílná, a to z důvodu odlišného složení personálu na jednotlivých odděleních**). Je zjevné, že ve zdravotním zařízení je jiné složení personálu než v pobytovém sociálním zařízení pro seniory. Na ONP Turnov 1 má pracovnu vrchní sestra (ranní směny), 4 sestry na 12hodinové směny (plný úvazek) a 2 sestry na 12hodinové směny (poloviční úvazek). Sanitáři pracují na 12hodinové směny, celkem 7 na plný úvazek a kapacita oddělení je 18 lůžek. Na ONP Turnov 2 má pracovnu staniční sestra (ranní směny) + gerioterapeut (ranní směny), dále 3 sestry na 12hodinové směny (plný úvazek) a 2 sestry na 12hodinové směny (poloviční úvazek). Sanitáři pracují na 12hodinové směny, celkem 6 na plný úvazek a 1 na $\frac{3}{4}$ úvazek. Kapacita oddělení je 20 lůžek. Na denní službu je vždy přítomna 1 sestra a 2 sanitáři + lékaři. Na noční službu je 1 sloužící lékař, 1 sestra a 1 sanitář.

ZSST Pohoda aktuálně zaměstnávají 7,75 úvazku sester, 1 úvazek fyzioterapeuta, ergoterapeuta, koordinátorky, 1 úvazek vrchní sestry a staniční sestry, 29 úvazků pečovatelů v domově pro seniory a 16 úvazků pečovatelů v domově se zvláštním režimem, 3 úvazky sociálních pracovníků a 3 úvazky aktivizačních pracovníků. Celková kapacita lůžek v zařízení je 100.

Výsledky hypotézu č. 3 podporují.

Výzkumný předpoklad č. 4 (**Předpokládáme, že ve zdravotním zařízení je vyšší úspěšnost prevence a léčby dekubitů než v pobytovém zařízení pro seniory**). Preventivní opatření jsou na obou pracovištích téměř shodná. Co se týče léčby dekubitů, výsledky z ONP Turnov jsou překvapující u otázky č. 7 ([tabulka č. 7](#)) kdy 3 respondenti zodpověděli, že se péče o dekubit zanedbává a 1 respondent zodpověděl, že se nedodržuje postup při ošetření dekubitu. V ZSST Pohoda všichni respondenti zodpověděli správný postup při ošetření. V otázce č. 16 ([tabulka č. 16](#)) se ptáme, zda při preventivních opatření vznikne dekubit. Odpovědi jsou téměř shodné z obou pracovišť,

kde z 95 % respondenti ze ZSST Pohoda uvádí, že dekubit vznikne někdy i přes to, že se prevence vykonává a 5 % odpovědělo, že nevznikne nikdy. Výsledky ONP Turnov uvádí, že z 92 % dekubit vznikne někdy, 4 % vždy a 4 % nikdy.

Výsledky hypotézu č. 4 nepodporují.

6 Diskuze

Tato BP se zabývá rizikovými faktory dekubitů, prevencí a léčbou u pacientů/klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko z důvodu imobilizace, a to na pracovištích Oddělení následné péče Krajské nemocnice v Liberci a. s. a Zdravotně sociální služby Turnov - příspěvková organizace. Jejím cílem bylo analyzovat rizikové faktory, preventivní opatření, ošetrovatelský proces a léčbu dekubitů. I přes pokroky v medicíně představují dekubity i nadále závažný problém. Domnívám se, že nedostatek personálu hraje klíčovou roli v nedostatečném uspokojování individuálních potřeb pacientů. I když se personál snaží, naráží na limity dané počtem pracovníků. V příštích dvou dekádách bude Česká republika čelit prudkému stárnutí populace. Počet seniorů ve věku 75 až 80 let se do roku 2040 výrazně zvýší, čímž se dramaticky navýší i počet potenciálních pacientů vyžadující péči. To povede k nutnosti adekvátně posílit kapacity ošetrovatelského personálu v oblasti dlouhodobé následné a paliativní péče (Citores, 2024). Nedostatečné obsazení personálu na vybraných pracovištích má již dnes velký vliv na poskytovanou péči. Personální diskomfort na pracovištích úzce souvisí s nedostatkem času na pacienta/klienta. Z důvodu tohoto faktoru se nedaří využívat všech metod ve zdravotnictví a nedaří se vnímat pacienta/klienta jako bio-psycho-sociální bytost. Z výsledků dotazníkového šetření, a z mé vlastní praxe, kdy jsem na obou pracovištích pracovala, jsem si všimla důležitého poznatku. Na ONP Turnov je péče o imobilního pacienta s dekubitem spíše jen zdravotnická a příliš do praxe nebyly dosud zařazeny prvky péče o psychickou stránku pacienta. Na druhou stranu jsou na oddělení zajištěny aktivity a terapie, které přispívají k lepšímu průběhu léčby a zpříjemňují pobyt v nemocnici. V rámci dotazníkového šetření bylo však uvedeno několika respondenty (12 %), že se péče o dekubit zanedbává a jeden respondent zvolil i možnost, kdy se ošetrovatelský proces o dekubit nedodrhuje. Můžeme jen spekulovat, proč se tak děje, ale jsem toho názoru, že jeden z důvodů je takový, že je zdravotnictví přetížené a je tato situace čím dál tím více akutní. Na oddělení ZSST Pohoda mě velmi zaujala péče jak zdravotní, která je vysoce kvalitní, tak i práce o psychiku klienta. Kvituji zakomponování doplňkových přístupů, které napomáhají k prevenci i léčbě dekubitu. Zaujal mě i nový, moderní, a zároveň pro každého jedince přirozený, koncept o péči o seniory, tzv. Biografická péče, který se oproti ONP Turnov značně více využívá na pracovišti ZSST Pohoda (ZSST Pohoda 66 % a ONP Turnov pouze 4 %).

Jsem toho názoru, že ničí komunikační bariéru, a naopak zkvalitňuje spolupráci mezi klientem, jeho rodinou a ošetřujícím personálem. Díky rozhovoru zdravotnický personál získá cenné informace ze života pacienta/klienta. Tyto informace jsou zásadní pro další práci, kdy díky nim dotyčného můžeme doprovázet při cestě jeho kompletním životním příběhem. V minulosti převládal v domovech pro seniory mylný koncept péče, inspirovaný “nemocničním“ modelem. Zaměřoval se na uspokojení základních potřeb a pohodlí klientů, čímž je ale vedl k pasivitě a závislosti na personálu. Díky zavedení moderních metod dochází k aktivnímu zapojování seniorů do běžného života. Do moderního přístupu spadá i bazální stimulace, která je vhodná pro seniory s omezenými možnostmi a pomáhá udržovat základní životní funkce a kontakt s okolím. Jsme toho názoru, že vše závisí i na správné komunikaci. Při komunikaci se seniory dbáme na to, abychom se vyhýbali tématům, která by pro ně mohla být traumatizující. Například s člověkem, kterému zemřel syn při autonehodě, se nebudeme bavit o motorismu. Naopak s bývalou reprezentantkou Československa v běhu rádi probereme téma sportu. To jí pomůže si uvědomit, že i když už aktivně nesportuje, má za sebou plnohodnotný život, na který může s hrdostí vzpomínat. Ošetřující personál vnímá seniory nejen jako staré a nemocné osoby, ale snaží se vnímat i jejich minulost a vidět v nich stále ty silné a úspěšné lidi, kterými kdysi byli.(Domov pro seniory Tovačov, 2024b). Výsledky z otázek, které byly zaměřeny na využívání doplňkových přístupů opět převládá větší počet respondentů ze ZSST Pohoda, kteří využívají bazální stimulaci ze 100 %, kdežto na ONP Turnov pouze z 20 %. Tyto moderní přístupy zkvalitňují ošetrovatelskou péči a velmi usnadňují navázání kontaktu s pacientem/klientem.

Ačkoli oběma pracovišti je deklarována nepřetržitá péče, skutečný strávený čas u jednoho lůžka je omezený, a to z důvodu personálního obsazení pracovišť, viz zhodnocení cíle č. 4. Na personál jsou kladeny velké nároky, nic se nesmí zanedbat, ale je vidět, že všichni pracují na hranici svých možností. Dalo by se polemizovat o tom, zda dosud prováděná péče je bezpečná, a to jak pro pacienty/klienty, tak pro personál samotný. Je žádoucí navýšení personálního obsazení na pracovištích. Další zkoumání vytíženosti personálu jednotlivými činnostmi není cílem této BP, ale je výzvou pro další možné pokračování např. v práci diplomové.

7 Návrh doporučení pro praxi

Ze závěrů bakalářské práce lze odvodit, že personální obsazení na obou pracovištích má velmi dobré znalosti ohledně prevence proti vzniku dekubitů a povědomí o rizikových faktorech. Pokud vznikne dekubit, obě pracoviště ví, jak problém řešit a pokračují podle režimových opatření. Klíčové je zajistit adekvátní preventivní opatření a včasnou identifikaci případných problémů se správným řešením, s ohledem na individuální zdravotní specifikaci každého pacienta. Přestože je vykonávána prevence na dobré úrovni, dekubity stále vznikají. Pro ještě lepší péči je východiskem navýšení personálního obsazení na daných pracovištích, aby došlo k dostatečnému pokrytí individuálních potřeb pacientů.

Šancí pro saturaci potřeb pacientů je i dostatečně proškolený personál, a to nejen v oblasti fyzické péče o pacienta, ale také v dalších oblastech, které zohledňují komplexní péči o osobu, jako o individuální osobnost.

Pro boj s dekubity je nutné neustále šířit mezi zdravotním personálem poznatky z oblasti prevence a léčby, a to formou např. odborných publikací a dalších akreditovaných vzdělávání. Šance se naskytá právě v oblasti vzdělávání, které by mělo být ucelené se zohledněním zdravotně sociálního pomezí. Důležité je také informovat odbornou veřejnost o výsledcích tohoto výzkumu, k čemuž slouží výstup z této bakalářské práce, tedy forma posteru ([příloha C](#)).

8 Závěr

Tato BP se zabývala problematikou dekubitů ve zdravotním zařízení a pobytovém sociálním zařízení pro seniory. V teoretické části se věnuje vysvětlení dané problematiky, a to prevenci a předcházení vzniku dekubitů, vč. jednotlivých rizikových faktorů a antidekubitním pomůckám, dále diagnostice a samotné léčbě dekubitů.

Cílem BP bylo zmapovat znalosti v oblasti ošetrovatelského procesu, analyzovat rizikové faktory, prevence a léčby dekubitů na Oddělení následné péče Turnov Krajské nemocnice Liberec, a.s. a Zdravotně sociálních službách Turnov – příspěvková organizace. Výzkumná část práce přinesla řadu doplňkových témat pro další výzkum, která se týkají např. vybavenosti oddělení, či používání moderních metod léčby (vlhké hojení ran) a personálního obsazení. Práce se zaměřuje na vybavenost oddělení pro prevenci a léčbu dekubitů, znalosti nelékařského zdravotního personálu o prevenci dekubitů a ošetrovatelského procesu. Jako autorka práce zdůrazňuji důležitost prevence a terapie dekubitů a poukazuji na složitost dané oblasti.

Problematika dekubitů je rozsáhlá a komplexní. V BP jsem se zaměřila na to, co je pro nelékařský personál na vybraných pracovištích nejdůležitější. Konkrétně se jedná o prevenci vzniku dekubitů, znalost o prevenci a ošetrovatelský proces o pacienta s dekubity a o pohled na pacienta jako na celek, a to nejen z pohledu péče o fyzickou část, ale i o jeho psychosociální potřeby.

Pozornost při zpracování výzkumné části BP jsem soustředila na získání informací o problematice dekubitů na jednotlivých pracovištích v praxi. Pro mě byl celý výzkum, vč. jeho vyhodnocování cennou zkušeností. Naučila jsem se, jak s touto výzkumnou technikou pracovat, a získala jsem hlubší znalosti o problematice dekubitů.

Cílem praktické části práce bylo zmapovat aktuální stav prevence a léčby dekubitů ve zdravotním zařízení a v zařízení sociální péče. Jednotlivých cílů bylo dosaženo a bylo zjištěno, že pracovníci obou pracovišť mají dobré povědomí o rizikových faktorech vzniku dekubitů. Vědí, že při zanedbávání dochází ke zhoršení celkového stavu pacienta/klienta. Proto je nutné dodržovat určené preventivní kroky a také je pravidelně kontrolovat a vyhodnocovat. Zabezpečení kvalitní péče je pak možné s pomocí dostatečného množství odborného personálu, který zná své kompetence

a spolupracuje s ostatními členy týmu. Klíčovou roli s největšími kompetencemi na obou sledovaných pracovištích mají zdravotní sestry. Právě ony ošetřují pacienty/klienty a metodicky vedou další personál v týmu v preventivních opatřeních, které zamezují vzniku dekubitů. V sociálním zařízení má sestra ještě významnější postavení, neboť na pracovišti neslouží pravidelně lékař, a tak právě ona vede svůj tým a naplňuje vizi a poslání organizace. Sestry mezi sebou komunikují navzájem a sdělují si nejdůležitější informace o problematice pacientů/klientů různými ustálenými způsoby a sdělují informace ostatním členům týmu a naopak nižší zdravotnický/pečovatelský personál předává informace sestrám. Potvrdilo se, že vzájemná komunikace je důležitá a na prevenci vzniku dekubitů se podílejí všichni pracovníci z týmu.

V praktické části bylo také zjištěno, že v procesu ošetrovatelské péče mezi vybranými pracovišti je rozdíl, a to zvláště ve složení personálu. Ve zdravotním zařízení je péče o pacienta prováděna spíše jen ve zdravotní rovině. Na pracovišti sociální péče je běžné do péče zavádět další doplňkové přístupy, které napomáhají k prevenci vzniku dekubitů. Nástrojem k tomu jsou pracovníci, kteří se snaží aktivizovat pacienty/klienty dle jejich individuálních potřeb.

Personál čelí enormnímu tlaku a zodpovědnosti, přičemž nesmí docházet k žádným pochybením. Je patrné, že všichni pracují na maximum svých sil. Existují pochybnosti o tom, zda je dosavadní péče dostatečně bezpečná jak pro pacienty/klienty, tak pro samotný personál. Je nezbytné navýšit počet pracovníků na pracovištích, aby se zmírnila stávající zátěž. Nedostatek personálu ohrožuje kvalitu péče a bezpečnost všech zúčastněných. Tato BP se nezaměřuje na detailní analýzu vytíženosti personálu jednotlivými činnostmi, ale otevřená otázka ohledně optimálního rozložení práce a personálního obsazení by mohla být předmětem např. navazující - diplomové práce.

Problematika prevence a léčby dekubitů je nezbytná a složitá disciplína, která vyžaduje holistický přístup. Nesmíme zapomenout na nic podstatného a přitom být ke každému pacientovi/klientovi vstřícní, vlídní, profesionální. Nutností je současně hlídat srozumitelnost předávání informací mezi sebou v týmu a nebát se nových přístupů, které pomohou přistupovat ke každému pacientovi/klientovi jako k jedinečné osobnosti.

Seznam použité literatury

ANDERS, Jennifer; Axel HEINEMANN; Carsten LEFFMANN; Maja LEUTENEGGER; Franz PRÖFENER et al., 2010. Decubitus Ulcers. online. *Deutsches Ärzteblatt international*, roč. 107, č. 21, s. 371–382. Dostupné z: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0371>.

ASOCIACE PÉČE O SENIORY, 2024. Prevence dekubitů a péče o klienta s dekubity | 6. online. In: *Asociace péče o seniory*. Dostupné z: <https://www.apeos.cz/standardy/prevence-dekubitu-a-pece-o-klienta-s-dekubity.html>. [citováno 2024-04-15].

AVE, 2016. Rizikové faktory a prevence vzniku dekubitů | proLékaře.cz. online. 2016-11-30. In: *Největší informační zdroj pro lékaře - proLékaře.cz | proLékaře.cz*. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/vlhke-kryti-ran/detail/rizikove-faktory-a-prevence-vzniku-dekubitu-7087>. [citováno 2024-02-07].

BRABCOVÁ, Soňa, 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3133-4.

CITORES, Felipe Kut, 2024. Jak odvrátit hrozbu katastrofálního nedostatku nelékařů? | MT. online. 2024-01-16. In: *MEDICAL TRIBUNE CZ*. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/jak-odvratit-hrozbu-katastrofalniho-nedostatku-nelekaru/>. [citováno 2024-04-20].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2020. NOP Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 2, s. 129–138. ISSN 1211-0868. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf.

ČOK, Milan, 2021. Ošetřování dekubitů 1.-4.stupně, infikovaná rána. online. In: *Hlavní strana osobní asistence dekubity hospicová péče*. Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=5>. [citováno 2023-06-12].

DANONE, 2024a. Nutridrink Compact | Výživa v nemoci. online. In: *Výživa pro dospělé | Výživa v nemoci*. Dostupné z: <https://www.nutridrink.cz/vyziva-pro-dospELE/produkty/zakladni-vyziva/nutridrink-compact>. [citováno 2024-03-18].

DANONE, 2024b. Nutridrink- výživa k popíjení | Nutricia, a.s. online. In: *Úvod | Nutricia, a.s.* Dostupné z: <https://www.e.nutricia.cz/produkt/sipping-vyziva-k-popijeni/1>. [citováno 2024-03-15].

DOMOV PRO SENIORY TOVAČOV, 2024a. Bazální stimulace | Člověku člověkem - moderní koncepty péče o seniory v Domově pro seniory Tovačov. online. In: *Člověku člověkem - moderní koncepty péče o seniory v Domově pro seniory Tovačov*. Dostupné z: <https://clovekuclovekem.cz/bazalni-stimulace.html>. [citováno 2024-03-15].

DOMOV PRO SENIORY TOVAČOV, 2024b. Biografická péče | Člověku člověkem - moderní koncepty péče o seniory v Domově pro seniory Tovačov. online. In: *Člověku člověkem - moderní koncepty péče o seniory v Domově pro seniory Tovačov*. Dostupné z: <https://clovekuclovekem.cz/biograficka-pece.html>. [citováno 2024-03-15].

DOSBABA, Filip; Dagmar KŘÍŽOVÁ a Martin HARTMAN, 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

DŮM PRO SENIORY WÁGNERKA, 2024. Výživa seniorů - strava ve stáří v Domově pro seniory Wágnerka. online. In: *Domov pro seniory Český Krumlov, domov důchodců | Wagnerka.cz*. Dostupné z: <https://www.wagnerka.cz/vyziva-senioru-stravovani-ve-stari>. [citováno 2024-03-15].

HARTMANN - RICO, 2024. Dekubitus | Léčba rány. online. In: *HARTMANN - Moderní léčba a hojení ran*. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/odbornik/diagnozy/dekubitus>. [citováno 2024-02-07].

HOJENIRAN.CZ, 2024. Konzervativní a chirurgická léčba dekubitů — hojeniran.cz. online. In: *Úvod — hojeniran.cz*. Dostupné z: <https://www.hojeniran.cz/moderni-lecba/konzervativni-a-chirurgicka-lecba-dekubitu/>. [citováno 2024-04-15].

KOLLER, Miroslav, 2015. Výživa nemocných s dekubity - Zdraví.euro.cz. online. 2015-09-21. In: *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.euro.cz*. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/vyziva-nemocnych-s-dekubity/>. [citováno 2024-02-16].

KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH, 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.

MATRACE COMFORT, 2024. Co se skrývá pod názvem „antidekubitní matrace“? - Matrace Matex. online. In: *Matrace Matex | České matrace s tradicí | Slevy až 60%*. Dostupné z: <https://www.matrace-matex.cz/blog/tipy/co-se-skriva-pod-nazvem-antidekubitni-matrace>. [citováno 2024-02-05].

MEYRA ČR, 2024. Antidekubitní pomůcky | Meyra ČR. online. In: *Invalidní vozíky a zdravotnické pomůcky | Meyra ČR*. Dostupné z: <https://www.meyra.cz/antidekubitni-pomucky.html>. [citováno 2024-02-27].

POKORNÁ, Andrea; Alena KOMÍNKOVÁ a Nikola SIKOROVÁ, 2014. *Ošetřovatelské postupy založené na důkazech. 2. díl*. online. Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6. Dostupné z: <https://is.muni.cz/publication/1225420/cs/Osetrovatelske-postupy-zalozene-na-dukazech-2-dil/Pokorna-Kominkova-Szmekova>.

POMŮCKY SENIORŮM, 2024. Vše, co potřebujete vědět o antidekubitní matraci s kompresorem. online. In: *Vítejte v našem obchodě - Pomůcky seniorům*. Dostupné

z: <https://www.pomuckyseniorum.cz/blog/vse-co-potrebujete-vedet-o-antidekubitni-matraci-s-kompresorem/>. [citováno 2024-02-05].

PORTÁL VĚNOVANÝ PROBLEMATICE PROLEŽENIN - DEKUBITŮ, 2024. hygiena | Dekubity. online. In: *Dekubity | Portál věnovaný problematice proleženin/dekubitů*. Dostupné z: <https://www.dekubity.eu/informace-pro-verejnost/prevence/hygiena/>. [citováno 2024-04-15].

SLEEP CENTRUM, 2024. Gelové matrace - Sleep Centrum. online. In: *Sleep Centrum - Probouzejte se šťastní!*. Dostupné z: <https://www.sleepcentrum.cz/gelove-matrace/>. [citováno 2024-02-07].

ŠEFLOVÁ, Lenka a Gabriela JANČÍKOVÁ, 2010. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. online. *Medicína pro praxi*. 2010. s. 56–67. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf>.

TŮMOVÁ, Nora a Kateřina DUBSKÁ, 2024. Vlhké hojení – moderní metoda ošetření ran / Lékařnické kapky. online. In: *Vše o léčích, lékárnách a lékárnících / Lékařnické kapky*. Dostupné z: <https://www.lekarnickekapky.cz/leky/zdravotnicke-pomucky/vlhke-hojeni-moderni-metoda-osetzeni-ran.html>. [citováno 2024-04-15].

TÝM REHABILITACE.INFO, 2021. Prevence dekubitů (proleženin) - jak na to? | Rehabilitace.info. online. 2021-08-31. In: *Zdravotní magazín a katalog rehabilitací | Rehabilitace.info*. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/bolesti-2/prevence-dekubitu-prolezenin-jak-na-to/>. [citováno 2024-04-18].

ULRYCH, Jan; Václava ADÁMKOVÁ; Robert GÜRLICH; Milan KOLÁŘ; Helena LAHODA BRODSKÁ et al., 2022. Současná diagnostika a léčba chirurgických infekcí kůže a měkkých tkání. online. *Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti pro tvorbu domácí a rozhledy po chirurgii zahraniční*, roč. 101, č. 7, s. 300–311. Dostupné z: <https://doi.org/10.33699/PIS.2022.101.7.300-311>.

VEVERKOVÁ, Lenka; Petr DOLEŽAL; Michal REŠKA a Petr VLČEK, 2022. Péče o rány, role pokročilých technologií v hojení ran. online. In: *28. národní dermatologický kongres*. Praha, 2022. Dostupné z: <https://www.muni.cz/vyzkum/publikace/1857227>.

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012a. Knollova stupnice. PDF; online. In: *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče*. Hradec Králové: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5820.pdf>.

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012b. Stupnice dle Nortonové. PDF; online. In: *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče*. Hradec Králové: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>.

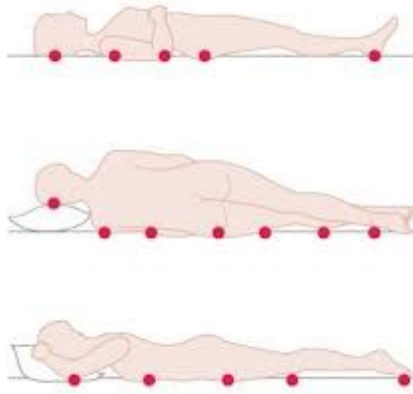
Seznam tabulek/grafů

a) Tabulky

Tabulka 1 - Otázka č. 1.....	39
Tabulka 2 - Otázka č. 2.....	39
Tabulka 3 - Otázka č. 3.....	39
Tabulka 4 - Otázka č. 4.....	40
Tabulka 5 - Otázka č. 5.....	40
Tabulka 6 - Otázka č. 6.....	41
Tabulka 7 - Otázka č. 7.....	41
Tabulka 8 - Otázka č. 8.....	42
Tabulka 9 - Otázka č. 9.....	42
Tabulka 10 - Otázka č. 10.....	42
Tabulka 11 - Otázka č. 11.....	43
Tabulka 12 - Otázka č. 12.....	44
Tabulka 13 - Otázka č. 13.....	45
Tabulka 14 - Otázka č. 14.....	46
Tabulka 15 - Otázka č. 15.....	47
Tabulka 16 - Otázka č. 16.....	48
Tabulka 17 - Otázka č. 17.....	48

Grafy

Graf 1 - Otázka č. 5.....	40
Graf 2 - Otázka č. 7.....	41
Graf 3 - Otázka č. 10.....	43
Graf 4 - Otázka č. 11.....	44
Graf 5 - Otázka č. 12.....	45
Graf 6 - Otázka č. 14.....	46
Graf 7 - Otázka č. 15.....	47
Graf 8 - Otázka č. 17.....	48



Obrázek 1 - Predilekční místa

(Tým rehabilitace.info, 2021)

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

Obrázek 2 - Stupnice Nortonová

(Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 2012b)

Parametry	0	1	2	3
Všeobecný stav zdraví	dobrý	přiměřený	chatrný	skomírající
Mentální stav	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
Aktivita	chodící	potřebuje pomoc	•trvale na vozíku	•trvale na lůžku
Pohyblivost	plná	omezená	•velmi omezená	•imobilita
Inkontinence	žádná	občasná	•obvykle močová	•úplná stolice i moči
Příjem výživy ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Příjem tekutin ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anemie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

Obrázek 3 - Knollova stupnice

(Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 2012a)

Obrázek 1 - Predilekční místa.....	65
Obrázek 2 - Stupnice Nortonová.....	65
Obrázek 3 - Knollova stupnice.....	66

Seznam příloh

Příloha A: Nestandardizovaný dotazník

Příloha B: Protokoly k realizaci výzkumu z jednotlivých pracovišť

Příloha C: Poster

Příloha A: Nestandardizovaný dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Marie Maříková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecné ošetrovatelství na fakultě zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o pár minut Vašeho času k vyplnění mého dotazníku. Výsledky tohoto dotazníku budou součástí mé bakalářské práce na téma *Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubity*. Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a anonymní. Dotazník je určen pro nelékařský zdravotní personál (všeobecné sestry a ošetrovatele) na oddělení následné péče a v pobytovém sociálním zařízení pro seniory. Cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu ošetrovatelské péče o dekubity na jmenovaných odděleních.

Předem děkuji za vyplnění, Váš čas, ochotu a spolupráci.

* - povinná otázka

Vaše pohlaví:* (vyberte jednu odpověď)

- a. Muž
- b. Žena
- c. Jiné

1. Váš věk? *

2. Kde pracujete? * (vyberte jednu odpověď)

- a. Zdravotní zařízení
- b. Sociální zařízení

3. Setkal/a jste se ve své práci s dekubity?*(vyberte jednu odpověď)

- a. Ano
- b. Ne

4. Znáte národní ošetrovatelský standard?*

5. Víte, kde byste našli národní ošetrovatelský standard?

- a. Ministerstvo zdravotnictví ČR
- b. Systém NANDA
- c. Národní centrum ošetrovatelství

6. Souhlasíte, že ošetrovatelská péče o dekubity na Vašem oddělení probíhá dle standardů ošetrovatelské péče?*(vyberte jednu odpověď)

- a. Ano, dodržuje se postup při ošetření
- b. Péče se zanedbává (zapomenutý převaz rány,...)
- c. Ne, nedodržuje se postup při ošetření

- 7. Jaké jsou podle Vás rizikové faktory, při kterých vznikají dekubity?***
- Inkontinence, vlhkost, hygiena, porucha vědomí, porucha CNS, výživa, věk
 - Inkontinence, vlhkost, hygiena, porucha vědomí, porucha CNS, výživa, věk, časté polohování
 - Inkontinence, vlhkost, hygiena, porucha vědomí, porucha CNS, výživa, věk, správné pH kůže
- 8. K čemu slouží stupnice dle Nortonové?***
- Slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů
 - Slouží k posouzení stádií dekubitů
 - Pomáhá hodnotit stav vědomí pacienta a změny, ke kterým dochází v průběhu hospitalizace
- 9. Vyjmenujte preventivní opatření, která ovlivňují vznik dekubitů:***
(vyjmenujte alespoň 5)
- 10. Jaké pomůcky využíváte k prevenci vzniku dekubitů? (napište alespoň 5)***
- 11. Jak si zdravotní sestry předávají informace v prevenci vzniku dekubitů u rizikových pacientů?**
- 12. Kdo z ošetrovatelského personálu se podílí na prevenci vzniku dekubitů? ***
(zaškrtněte více možností)
- Jen sestry
 - Jen pomocný personál
 - Všichni
 - Nikdo
- 13. Spolupracuje tým na Vašem oddělení/úseku i s dalšími pracovišti při řešení vzniku/výskytu/léčbě u pacienta/klienta s dekubity?***

14. Využíváte ve vašem oddělení/úseku další doplňkové přístupy, které přispívají k celkové pohodě pacienta/klienta?*(vyberte více odpovědí, nebo vyjmenujte další doplňkové přístupy)

- a. Bazální stimulace
- b. Biografická terapie
- c. Kvalitní výživa
- d. Jiné?

15. Když je prováděná prevence vzniku dekubitů, vznikne dekubit?*

- a. Vždy
- b. Někdy
- c. Nikdy

16. Ošetření dekubitu provádí:*

- a. Lékař
- b. Sestra na ordinaci lékaře
- c. Sestra dle stupně dekubitu
- d. Pomocný personál dle rady sestry

17. Ošetření dekubitu provádí:*

- a. Lékař
- b. Sestra na ordinaci lékaře
- c. Sestra dle stupně dekubitu
- d. Pomocný personál dle rady sestry
- e. Jiná odpověď...

Příloha B: Protokoly k realizaci výzkumu z jednotlivých pracovišť

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	MARIE MARÍKOVÁ
Osobní číslo studenta:	D2100020
Univerzitní e-mail studenta:	marie.marikova@tul.cz
Studijní program:	VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	[Redacted]
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITY
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. ALENA KYRIANOVÁ
Metoda a technika výzkumu:	KVANTITATIVNÍ, DOTAZNÍK
Soubor respondentů:	NEBLÉKARSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁŽ
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE TURNOV
Datum zahájení výzkumu:	25.1.2024
Datum ukončení výzkumu:	19.2.2024
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	[Redacted]
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	[Redacted]



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	MARIE MARŠKOVÁ
Osobní číslo studenta:	D21000020
Univerzitní e-mail studenta:	marie.marikova@tul.cz
Studijní program:	VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	[Redacted Signature]
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S DEKUBITOU
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. ALENA KYRIANOVÁ
Metoda a technika výzkumu:	KVANTITATIVNÍ DOTAZNÍK
Soubor respondentů:	NELEKÁŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁŽ
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	DOMOV DŮCHODCŮ POHODA TORNOV
Datum zahájení výzkumu:	15.1.2024
Datum ukončení výzkumu:	19.2.2024
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	[Redacted Signature]
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	[Redacted Signature and Stamp]

Příloha C: Poster



Ošetřovatelská péče u pacienta s dekubity

AUTOR – Marie Maříková

Výstup z bakalářské práce

Úvod do problematiky

DEFINICE

Dekubity, jiným slovem **proleženiny** jsou rány, kde dochází k lokálnímu poškození kůže v místě, kde je kost, či kloub obalen menší vrstvou tkáně. Místa, kde dekubity vznikají, jsou úzce spjata s polohou nemocného. V každé poloze je ohrožena jiná část těla. Nejčastějšími místy, kde se dekubity vyskytují, jsou v oblasti křížové kosti.

RIZIKOVÉ FAKTORY

Dekubity vznikají v důsledku nedostatečného prokrvení tkáně, a to nejčastěji u imobilních pacientů, inkontinentních pacientů, u starších pacientů a u pacientů s poruchou výživy.

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Cílem bylo zmapovat rizikové faktory dekubitů, zvýšit a zkvalitnit prevenci a léčbu na Oddělení následné péče Turnov Krajské nemocnice Liberec, a. s. a u poskytovatele pobytových sociálních služeb – Zdravotně sociální služby Turnov, příspěvková organizace. Jeden ze zajímavých bodů v dotazníkovém šetření, kde byla položena otázka, zda ošetřovatelská péče o dekubity probíhá dle standardů ošetřovatelské péče, bohužel 3 respondenti z ONP Turnov odpověděli, že na jejich oddělení je péče zanedbaná a jeden respondent uvedl, že standardy se nedodržují. Většina respondentů (91 %) deklaruje, že při péči o dekubity jsou dodržovány standardy ošetřovatelské péče.



Mnohá preventivní opatření mají svůj velký význam v předcházení vzniku dekubitů. Respondenti měli vyjmenovat alespoň pět opatření, která ovlivňují vznik, resp. mohou zabránit ve vzniku dekubitů. Nejčastějšími odpověďmi bylo polohování pacienta, výživa, používání antidekubitních matrací, dodržování správné hygieny, ošetření kůže, hydratace a mobilizace pacienta. Bylo potvrzeno, že preventivní kroky hrají významnou roli v péči o pacienta, a to na obou pracovištích.



Z odpovědí je patrné, že pracovníci obou pracovišť vnímají používání pomůcek jako významný prvek, který ovlivňuje zdraví pacienta, neboť pomůcky chrání ohrožené části těla. Zásadní je používání antidekubitních matrací, vhodných polštářů, podložek a klínů. Častou odpovědí respondentů z ONP bylo i krytí predilekčních míst a jejich kontrola, což je zřejmě dáno složením zaměstnanců na pracovišti, kteří mohou ošetřovat dekubity (sestry). Na druhou stranu významně častější odpovědí respondentů ze ZSSST Pohoda bylo vhodné dodržování vhodných inkontinentních pomůcek a dodržování hygieny, vč. ošetřování kůže. Je to

dáno tím, že pracoviště je certifikované na podporu kontinence a pracovníci, tj. pečující personál je v této oblasti vyškolen.



Z odpovědí respondentů z obou pracovišť je zřetelné, že péče a odborné zázemí je rozdílné v zařízení sociálních služeb, které je závislé na spolupráci s dalšími subjekty v oblasti péče o dekubity a na pracovišti ONP, které je jedním z oddělení nemocnice, kde jsou zastoupeny další odborná pracoviště, a to vč. chirurgie, interny atd.



Tato otázka se zaměřuje na samotné ošetření dekubitu, a kdo by měl ošetření vykonávat. Nízký zvolený počet odpovědí, že dekubity ošetřuje lékař u ZSSST Pohoda je logické vyústění ze situace, která souvisí s personálním obsazením pracoviště, kdy je v sociálních službách fyzicky dostupný lékař pouze v omezeném čase (nejčastěji pouze 1x za týden), a jinak tyto činnosti vykonávají sestry na základě indikace lékaře. Možnost ošetření lékařem je pochopitelně větší početností u oddělení ONP Turnov, kde se vyskytují lékaři denně, kdežto u ZSSST Pohoda je lékař dostupný pouze v určitých dnech. Komunikace tedy probíhá osobně, když je lékař v zařízení, nebo telefonicky. Obvolávají se a konzultuje se zdravotní stav i s praktickými lékaři klientů ze ZSSST Pohoda.



Závěr

Pro boj s dekubity je nutné neustále šířit mezi zdravotnickým personálem poznatky z oblasti prevence a léčby dekubitů, a to nejen formou odborných publikací a akreditovaných vzdělávání, ale také předáváním vlastních poznatků dobré praxe. Samotné sdělení by mělo pomoci se zvýšením kvality prevence a péče o dekubity. Péče o dekubity je kvalitní na obou zvolených pracovištích přičemž doporučuji, tak jak je tomu na pracovišti ZSSST Pohoda, zavést do péče další doplňkové přístupy, které umožní se celé problematice věnovat holisticky. Důležité je informovat odbornou veřejnost o výsledcích tohoto výzkumu k čemuž slouží výstup z této bakalářské práce, a to formou posteru.